

Leda Souza do Nascimento

O PSICOLOGO NO SUS: a interface formação-atuação na Atenção Básica.

**Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
2010**

Leda Souza do Nascimento

O PSICOLOGO NO SUS: a interface formação-atuação na Atenção Básica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação da Prof^a Dr^a Renata Paparelli.

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
2010

Autora: Leda Souza do Nascimento

Título: O Psicólogo no SUS: a interface formação-atuação na Atenção Básica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Paparelli

Resumo

A formação desempenha um papel significativo na construção de profissionais sintonizados com o projeto político do SUS de universalização do acesso, integralidade da atenção e equidade. Tendo em vista que o psicólogo é formado tradicionalmente para atuar na clínica privada, o **objetivo** desta pesquisa é reunir informações que sirvam de subsídio para discutir a relação entre a formação dos profissionais psicólogos e a atuação destes no Sistema Único de Saúde, no nível de Atenção Primária, bem como realizar uma reflexão acerca da interface formação-atuação do psicólogo inserido na atenção básica do SUS. Com relação ao **método**, foram entrevistados dois profissionais psicólogos, que atuam na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo. O referencial teórico-metodológico utilizado nesta pesquisa foi a Psicologia Sócio-Histórica. Os **resultados** desta pesquisa apontam que a Formação em Saúde dos psicólogos entrevistados ocorreu principalmente por meio das atividades que realizaram no SUS, durante a graduação ou após a inserção na Atenção Básica, ou seja, tais profissionais formaram-se em serviço. Além disso, constatou-se que realizam atividades compatíveis com os princípios e diretrizes do SUS, e que tiveram experiência com profissionais da saúde que ainda trabalham com a perspectiva do atendimento ambulatorial.

Palavras-chave: Psicólogo, Formação-Atuação, Atenção Básica, SUS.

À **Maria Helena e Davi**, meus queridos pais, que fizeram o possível e o impossível para eu chegar, permanecer e concluir o curso de Psicologia. Houve momentos nos quais chegamos a pensar que não conseguiríamos, mas porque estivemos juntos o tempo todo e apesar da distância, conseguimos!

AGRADECIMENTOS

Sou muito grata as psicólogas que participaram desta pesquisa, por me ajudarem a vislumbrar o trabalho do psicólogo na Atenção Básica.

Agradeço á todos os professores que contribuíram para minha formação em Psicologia, especialmente à: Ana M. B. Bock (PUC-SP), Denise S. Combinato (UFMS-CPAR), Edna P. Kahhale (PUC-SP), Ivonete Bitencourt (UFMS-CPAR), Jassonia Vasconcelos Paccini (UFMS-CPAR) e Renata Paparelli (PUC-SP), por me mostrarem o caminho da Psicologia Sócio-Histórica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
01) Objetivos	3
02) Justificativa	3
03) Apresentação da Pesquisa	5
CAPÍTULO I: A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL	6
01) Breve histórico da Saúde Pública brasileira	7
02) A Construção do Sistema Único de Saúde (SUS)	13
03) A implantação do SUS na cidade de São Paulo	14
04) A estrutura do SUS	15
Atenção de Alta complexidade	15
Atenção de Média Complexidade	16
Atenção Básica à Saúde (AB) ou Atenção Primária	17
CAPÍTULO II: O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA PSICOLOGIA E A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO NO BRASIL	21
Período pré-profissional	22
Período de profissionalização	22
Período profissional	25
CAPÍTULO III: A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO SUS E SUAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA	29
01) A inserção do psicólogo na rede Pública de Saúde	30
02) Atividades do Psicólogo na rede pública de saúde	31
CAPÍTULO IV: MÉTODO	35
As entrevistas	36
Definição do grupo de participantes da pesquisa	36
Organização e análise de dados	36
Cuidados éticos	37
Sobre o procedimento de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
CAPÍTULO V: DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	39
01) Apresentação dos participantes da pesquisa	40
02) Apresentação das entrevistas	40
Adriana	40
Flávia	51
CAPÍTULO VI: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
CAPÍTULO VII: CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

INTRODUÇÃO

01) Objetivos

O **objetivo geral** desta pesquisa é reunir informações que sirvam de subsídio para discutir a relação entre a formação dos profissionais psicólogos e a atuação destes no Sistema Único de Saúde (SUS), no nível de atenção primária, bem como realizar uma reflexão acerca da interface formação-atuação do psicólogo inserido na atenção básica.

Com relação aos **objetivos específicos**, almeja-se identificar: a) aspectos da formação profissional, tanto da acadêmica (básica e complementar) quanto daquela formação que acontece em serviço, que contribuam para prática profissional do psicólogo que atua no SUS, ou que dificultem/limitem tal trabalho; b) o contexto em que o trabalho é realizado; c) as possibilidades de atuação; d) as atividades desenvolvidas pelos psicólogos inseridos no SUS; e) articular e analisar as informações dos quatro itens anteriores, de modo que elas sirvam de base para reflexão sobre a interface formação-atuação do psicólogo no SUS.

02) Justificativa

A inserção do psicólogo na rede pública de saúde brasileira ocorreu há pelo menos trinta anos. Desde então, muitas transformações aconteceram neste campo, tanto na oferta quanto na demanda da população atendida (Campos & Guarido, 2007).

Atualmente, quase 15 mil psicólogos atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), nos mais diferentes serviços, sendo que o trabalho do psicólogo, segundo Campos & Guarido (2007), acompanhou o desenvolvimento da Saúde Pública no país. Entretanto, Dimenstein e Macedo (2007) afirmam que, de acordo com o Ministério da Saúde, a formação dos profissionais da saúde não ocorre em diálogo com a formulação das políticas públicas de saúde. A ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) reafirma esta ideia ao relatar que “A formação na saúde que conhecemos hoje é, essencialmente, acadêmica, reprodutora de valores corporativistas, distante da realidade de nosso país e não implicada com a transformação social” (Dimenstein e Macedo, 2007, p.210).

Segundo os mesmos autores, a Psicologia, entendida aqui como um campo de conhecimento e práticas, precisa realizar mudanças na sua base conceitual e técnica para atuação na Saúde Pública, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) demanda profissionais com formação contextualizada, cujo conhecimento seja

interdisciplinar e suas práticas destinadas a suprir a demanda da população usuária¹.

Conforme Dimenstain & Macedo (2007):

Isso implica em estar alerta aos especialismos, às naturalizações e dicotomias entre formação e atuação e em um esforço permanente de ruptura com a lógica que persegue verdades inquestionáveis, uma realidade dada, modelos padronizados e estereotipados (p. 210-211).

Portanto, é preciso refletir sobre as práticas destinadas ao cuidado à saúde, o que nos remete à “indissociabilidade entre processos de trabalho, formas de atuação profissional, modos de subjetivação, transformação social e construção de novas realidades” (Dimenstain & Macedo, 2007, p. 211).

Desta forma, percebe-se que a formação desempenha um papel significativo na construção de profissionais sintonizados com o projeto político do SUS de universalização do acesso, integralidade da atenção e a equidade.

É sabido que o psicólogo é formado, tradicionalmente, para atuar na área clínica, o que não é incompatível com o trabalho a ser realizado no SUS, mas não é suficiente para atender as especificidades da demanda do trabalho na rede pública de saúde (Yamamoto, 2002).

Um exemplo da insuficiência da formação tradicional são as demandas que envolvem:

As situações de violência, abuso, maus tratos e negligência (...) [em que] o psicólogo, perplexo, fica entre a discricção que protege o cliente, que lhe foi ensinada na escola, e a notificação à Vigilância de Saúde, que protege o direito dos indivíduos na política pública (Campos e Guarido, 2007, p. 87 e 92).

Segundo Campos e Guarido (2007), apesar de já terem ocorrido algumas transformações na formação dos psicólogos;

(...) ainda se constrói um profissional que lida com a queixa, com a patologia, com o cliente e sua verdade. O consultório, o *setting* e o ato psicológico... Esta configuração estabelece uma dicotomia para o psicólogo na Saúde Pública, pois o cliente lhe apresenta a vida, em toda sua complexidade, com todo seu entorno; na prática este profissional fica entre a formação recebida e a vida, entre o que a Universidade lhe ofereceu e o que a prática cotidiana lhe traz (p.91).

Assim, discutir a relação entre a formação e a prática profissional dos

¹Dimenstain e Macedo (2007) atentam para o fato de que essa idéia é compartilhada por diversos autores, dentre eles: Benevides (2005); Camargo-Borges & Cardoso (2005); Dimenstain (1988, 2000, 2004); Franco e Mota (2003) e Lima (2005).

psicólogos inseridos no SUS contribui para reflexão acerca das limitações e possibilidades de atuação na Atenção Primária da rede pública de saúde, tendo em vista o contexto social desta atividade.

Já foram realizadas pesquisas sobre a formação e atuação de psicólogos inseridos em hospitais públicos não-psiquiátricos do Rio Grande do Norte (Yamamoto, 2002;1998). A Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP), por meio de um acordo realizado com o Ministério da Saúde (MS)/Organização Panamericana de Saúde, e direcionado pela política de educação para o SUS (Aprender SUS), realizou uma pesquisa em nível nacional, que sistematizou experiências da Psicologia em diálogo com SUS, com o objetivo de impulsionar transformações na formação em Psicologia para atuação na área da Saúde Pública (Spink, 2007).

A presente pesquisa visa refletir sobre a interface entre a formação e atuação dos psicólogos inseridos no SUS, que atuam no nível da Atenção Primária, na cidade de São Paulo-SP.

03) Apresentação da Pesquisa

No primeiro capítulo deste trabalho será realizado um breve resgate histórico da Saúde Coletiva no Brasil, desde o período colonial até a construção e implementação do Sistema Único de Saúde, e em seguida será descrita a estrutura de nosso atual sistema de saúde.

O segundo capítulo irá discorrer sobre o processo de profissionalização da psicologia, que foi dividido em três períodos conforme estudo realizado por Pereira & Pereira Neto (2003), e abordará também algumas considerações sobre a formação do psicólogo brasileiro e sua ênfase no modelo clínico, liberal e privatista.

Esta pesquisa foi realizada tendo como referência a Psicologia Sócio-Histórica, e o método utilizado será descrito no terceiro capítulo.

Os resultados desta pesquisa, ou seja, a descrição dos achados obtidos pelo presente trabalho, serão apresentadas no capítulo quatro.

A análise e a discussão dos resultados será o assunto do quinto capítulo.

No sexto e último capítulo serão apresentadas as considerações finais.

CAPÍTULO I: A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

01) Breve histórico da Saúde Pública brasileira

O sistema de saúde do Brasil teve sua origem no modelo hospitalocêntrico e, apesar a pesar dos esforços da Reforma Sanitária na direção da implantação de outro modelo, esta visão ainda permanece tanto nas concepções e práticas dos profissionais de saúde como no imaginário popular.

Assim o modelo atual de assistência à saúde no Brasil é burocrático, assistencialista e curativo/intervencionista. Desta forma, o hospital é a via primária de acesso aos serviços de saúde, o que implica em crescente dependência da inovação e incorporação tecnológicas, além de demandar altos investimentos financeiros para custear o serviço. Segundo Perillo, (2006):

Sucedem, porém, [que] tais demandas esbarram em restrições orçamentárias; a capacidade de investimentos em saúde, pública ou privada, já chegou ao seu limite, pois o país [Brasil] já despende acima de 8% do PIB, com tal rubrica, colocamo-nos, em termos percentuais, em níveis comparáveis a países da OCDE [Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – composto pelos trinta países mais ricos do globo]. A pergunta que se coloca é: como chegamos a este modelo e o que fazer para a superação de seus problemas? A primeira parte da resposta deve ser buscada no passado... (p. 233).

O primeiro hospital brasileiro foi a Santa Casa de Santos-SP, fundado em 1543 (Período Colonial), neste momento a assistência à saúde não era de responsabilidade do Estado, as Santas Casas eram mantidas por doações, atendiam gratuitamente pessoas pobres, e cobravam por seus serviços dos que podiam pagar (Abrahão, 2006).

No século XVII, os hospitais eram ligados à igreja e exclusivamente destinados aos pobres. Os mais abastados eram diagnosticados e tratados em suas residências, já que, naquele momento, os hospitais eram considerados locais de alto risco de contaminação, tendo em vista a falta de cuidados destinados à assepsia nesses serviços de saúde - a assepsia passou a ser uma preocupação apenas por volta de 1800, segundo Abrahão (2006) e Andrade (2007). Este período foi caracterizado pela disseminação de doenças infecto-contagiosas, tais como varíola, febre amarela, malária e tuberculose (Andrade 2007).

A Diretoria-Geral de Saúde Pública surgiu em 1897, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios interiores, sendo reformulada em 1904, sob a coordenação do sanitarista Osvaldo Cruz. Nesta época também foram desenvolvidas campanhas sanitárias, produziu-se soros e vacinas, e ocorreu ainda a instalação dos Institutos

Butantã e Manguinhos (Andrade, 2007).

O advento da República desencadeou um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias, que fez uma pequena contribuição à adoção de uma legislação sanitária no Brasil. Assim, no início da República Velha, enquanto a sociedade constituía o Estado moderno, gerido predominantemente pelos grupos de agroexportação cafeeira, surge a Saúde Pública no Brasil (Andrade, 2007).

Com o advento da Saúde Pública, as práticas dominantes de saúde se transformaram de modo significativo, nesta época destacaram-se a adoção de saberes com base na bacteriologia e na microbiologia. Por conta deste fato, no Brasil e também em toda América Latina, ocorreu:

a) hegemonia do modelo etiológico baseado no controle de insetos e animais vetores; b) concentração da investigação em instituições estatais; c) influência do modelo organizativo, do instituto Pasteur, da França, para as instituições científicas. (Garcia, 1989, apud Andrade, 2007, p. 26).

No Rio de Janeiro e em São Paulo, este processo foi mais acentuado, pois nestes estados estavam as oligarquias hegemônicas do período (Andrade, 2007). Assim se faziam necessárias políticas de “Saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e o controle ou erradicação de doenças que poderiam prejudicar a política de exportação de produtos agrícolas” (Carvalho & Yamamoto, 1999, p. 07).

Estas políticas de saneamento foram influenciadas por dois “personagens” importantes, Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e Emílio Ribas em São Paulo, ambos tendo por objetivo superar a Teoria Miasmática² sobre o processo saúde–doença, uma vez que a consideravam não científica (Andrade, 2007). Para tanto, ocorreu a implementação do modelo sanitário-campanhista, com base na teoria dos germes, o que implicou em um modelo explicativo mono causal, em que as questões de saúde poderiam ser compreendidas a partir de uma perspectiva linear, ou seja, acreditava-se que os problemas da saúde seriam solucionados através da:

² A Teoria Miasmática, no que se refere à relação entre doença e meio natural, acreditava que o ambiente produzia miasmas, responsáveis pelo surgimento das doenças. Os miasmas seriam todas as emanções nocivas, as quais corrompiam o ar e atacavam o corpo humano. A atmosfera podia ser infectada por eflúvios resultantes da alteração e da decomposição de substâncias orgânicas, vegetais, animais ou humanas. Para a Teoria Miasmática, tanto o meio físico quanto o social seriam produtores de miasmas. Essas emanções eram combatidas pela renovação e circulação do ar. Tudo que estivesse parado, estagnado poderia ser um elemento perigoso à saúde pública, um produtor de miasmas (Costa, 2004).

Interposição de barreiras que rompem esta relação agente/hospedeiro através de ações de combate de doenças de massas, por meio de criação de estruturas específicas, de inspiração militarista, centralizadas e com um estilo repressivo (Carvalho & Yamamoto, 1999, p. 07).

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS), na ocasião da epidemia da gripe espanhola, este órgão tinha função sanitária (Abrahão, 2006). Em 1923, foi aprovada a Lei Eloi Chaves, que inicialmente regulava as caixas de aposentadorias e pensões de trabalhadores ferroviários, e que posteriormente foi generalizada e transformada em institutos de aposentadorias e pensões de diversas classes de trabalhadores (Abrahão, 2006). As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) tiveram que incorporar o serviço de assistência médica de seus “segurados” em 1926, como estes institutos de aposentadorias tinham a função de acumular capital como prioridade, a função da assistência à saúde foi incorporada desde o início de forma provisória e secundária (Andrade, 2007).

No período Vargas, estes institutos de função inicialmente previdenciária, passaram a ser obrigados a oferecer assistência à saúde das classes profissionais a eles vinculados, bem como contratar serviços de saúde e construir hospitais. Neste contexto, os serviços de saúde privados se proliferavam, uma vez que ofereciam seus serviços aos institutos e eram contratados. As Santas Casas também foram contratadas pelos institutos, tendo a partir de então renda própria, sendo que as doações a elas destinadas foram se tornando cada vez mais escassas (Abrahão, 2006).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde, bem como os centros de saúde. Só então as ações na área da saúde deixaram de ser responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios interiores (Carvalho & Yamamoto, 1999, p. 07).

Após a Segunda Guerra Mundial os hospitais vivenciaram uma enorme evolução tecnológica, transformando-se em centro diagnóstico e em instituição de ensino concomitantemente, assim passaram a dispor de equipamentos sofisticados que demandaram maior especialização tecnológica e também gestão profissionalizada, (Abrahão, 2006).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, com pouca ação executiva, porém tendo por foco os postos de saúde e as campanhas de saúde pública (Abrahão, 2006, p.12).

Um novo modelo de saúde foi proposto em 1956, quando o governo determinou que os empregadores passassem a se responsabilizar pela saúde do trabalhador e de sua família (Abrahão, 2006). Para garantir assistência médica de

qualidade a seus funcionários, as multinacionais passaram a incentivar os médicos a montarem empresas e a contratar estes serviços de medicina em grupo (Abrahão, 2006). Desta forma, o modelo médico-assistencial privatista tornou-se hegemônico na década de 1950, e assim permaneceu até meados da década de 1980. Isto devido à aceleração do processo de industrialização brasileiro, que gerou uma grande massa operária que precisava ser atendida pelos serviços de saúde (Andrade, 2007, p. 27).

O modelo médico-assistencialista, também chamado de modelo biomédico ou hospitalocêntrico tem foco na doença e na prevenção de doenças endêmicas e epidêmicas.

Na década de sessenta ocorreram em paralelo dois eventos importantes no âmbito da Saúde Coletiva: a Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960; a realização da III Conferência Nacional de Saúde em 1963. Segundo Abrahão (2006), a Lei Orgânica da Previdência Social foi efetivada em 1967, sendo responsável pela uniformização dos direitos e ampliação da assistência médica (com a implantação do INPS, Instituto Nacional de Previdência Social, que reuniu seis institutos de previdência e o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência o SAMDU). Neste mesmo período, o INPS passou a oferecer um subsídio aos empregadores que oferecessem assistência à saúde de seus empregados, desresponsabilizando-se desta função.

Oliveira & Teixeira (1989) descrevem as características centrais do modelo médico assistencialista decorrente da Lei Orgânica da Previdência social mencionado acima:

- a) Uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para quase totalidade da população urbana e rural;
- b) Privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da Saúde Pública;
- c) Criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) Desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor de saúde, propiciando capitalização da medicina e privilegiamento da produção privada de serviços (In.: Andrade, 2007, p. 28).

Neste modelo médico-assistencial, o Estado (via previdência social) passa a ser o grande financiador dos serviços de saúde no país, entretanto o setor privado nacional é seu maior prestador de serviço e o setor internacional é o grande fornecedor de insumos - equipamentos biomédicos e medicamentos (Almeida, 1995, *apud* Andrade, 2007, p.28).

A III Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1963, sendo as suas contribuições mais significativas, segundo Carvalho & Yamamoto (1999), as seguintes:

1. Apontar as íntimas relações entre saúde e economia;
2. Definir a necessidade de uma estrutura permanente em saúde;
3. Atribuir responsabilidade municipal por esta estrutura, com assistência técnica estadual e federal;
4. Estabelecer o controle da dimensão e dos objetivos da estrutura de assistência à saúde em âmbito municipal, com uma redefinição das atividades locais de saúde: primeiros socorros, vigilância epidemiológica, fiscalização de alimentos e imunização;
5. Tais atividades poderiam ser feitas sem a presença de um médico.

Em 1974, surgem movimentos sindicais que começam a questionar as políticas sociais e governamentais, isso graças a lenta e gradual abertura política que começou neste período (Andrade, 2007).

No ano de 1975, a lei 6.229, formulada com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, separou de vez as ações de saúde pública das ações de atenção a saúde, institucionalizando o modelo médico assistencial da saúde no Brasil, em detrimento da Saúde Pública. É importante mencionar que este modelo de assistência à saúde implica em relações comerciais que favoreceram o setor privado (indústria de equipamentos e materiais hospitalares), pois o então Ministério da Previdência Social destinou cerca 90% de seus gastos em saúde ao setor privado, sendo 80% destinado a hospitalização (Carvalho & Yamamoto, 1999).

A criação do Plano de Pronta Ação (PPA), também em 1975, reforçou este modelo médico-assistencialista de saúde, ao possibilitar ampliação da contratação de serviços particulares de assistência à saúde. Em decorrência deste fato, tem-se a expansão física destes serviços de saúde privados bem como o aumento do número de consultas médicas e internações, que cresceram 638% e 322% respectivamente, entre 1971 e 1977 (Andrade, 2007).

O Sistema Nacional de Saúde, criado em 1975, confere ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelas atividades cuja prioridade era o atendimento de interesses coletivos e confere ao Ministério da Previdência e Assistência Social a assistência médica individual (Andrade, 2007).

A estrutura de saúde pública descrita acima entra em crise, devido às transformações político- econômicas do fim da década de 70.

A lei 6.439, de 1977 criou o Sistema Nacional de Previdência Social (Sinpas) e em conjunto com a constituição de 1967/69 e com a lei 6.229, foi a base jurídico-legal do Sistema de Saúde Brasileiro da referida década. Este sistema de saúde se estruturou a partir de quatro subsistemas: I) O subsistema estatal; II) O subsistema contratado e conveniado com a Previdência Social; III) O subsistema de atenção médica supletiva; IV) O subsistema de alta tecnologia (Andrade, 2007).

Os setores acadêmicos, tais como os Departamentos de Medicina Preventiva e Social, as Escolas de Saúde Pública e ainda alguns setores da sociedade civil fizeram críticas significativas a este modelo de atenção a saúde desde o seu surgimento. Concomitantemente são disparadas no cenário internacional discussões sobre saúde que propõem a formulação e implantação de políticas públicas sociais com enfoque na promoção e na prevenção de saúde, trata-se do discurso da atenção primária, cujo objetivo é o de conter a “marginalização” e ampliar a extensão dos serviços de saúde (Andrade, 2007).

No Brasil, “os movimentos sociais populares renascem e organizam, juntamente com setores progressistas do sanitarismo nacional, um movimento de oposição às políticas arbitrárias e privatizantes” (Carvalho & Yamamoto, 1999, p. 09).

Ainda no fim da década de 1970, ocorrem experiências bem sucedidas de estruturas municipais de Saúde Pública, implantadas por prefeituras de oposição, em que o modelo de atenção à saúde era descentralizado, demonstrando a viabilidade funcional e econômica deste novo modelo de atenção à saúde (Andrade, 2007).

Devido às discussões ocorridas no cenário internacional sobre Atenção Primária, á reivindicação dos movimentos populares, e ao processo de redemocratização do país foi implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), no nordeste brasileiro, que posteriormente foi estendido às outras regiões do país. O objetivo deste programa era articular Inamps, Ministério da Saúde, Secretárias Estaduais de Saúde e prefeituras (Andrade, 2007).

Tal programa foi reformulado em 1980 e denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV- SAÚDE), passando a ter como diretrizes essenciais “a responsabilidade pública pelos serviços básicos, e o controle do sistema global, a descentralização do poder decisório, a regionalização da oferta de serviços e a participação comunitária” (Carvalho e Yamamoto, 1999, p. 09). Entretanto, segundo Andrade (2007), tal programa não saiu do papel.

No fim da década de 1970, com o agravamento da crise político-econômica, o modelo médico-assistencial esgota-se, devido ao fato destes serviços terem um alto custo e o acesso da população a ele continuar restrito (Carvalho & Yamamoto, 1999).

Intensas transformações ocorreram no sistema de saúde brasileiro na década de 1980, com a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, que visava reduzir os gastos da previdência, bem como avaliar e controlar o sistema de assistência médica (Andrade, 2007).

O CONASP fez um diagnóstico da saúde pública que constatou:

- a) Desarticulação dos serviços privados, contratados e credenciadas

- com a rede pública ocasionando várias portas de entrada;
- b) Baixa resolubilidade do nível ambulatorial;
- c) Oferta excessiva de serviços, identificada em algumas regiões, induzida também por expansão exagerada da rede hospitalar privada;
- d) Superfaturamento;
- e) Dificuldade de previsão orçamentária- efeito oferta e incorporação de tecnologia (Andrade, 2007, p.33).

Com o propósito de superar os problemas descritos acima, o CONASP elaborou o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, cujos princípios básicos eram: a) priorizar as ações primárias; b) dar ênfase à assistência ambulatorial; c) integrar todos os níveis de governo em um sistema hierárquico regionalizado com administração de recursos descentralizada (Carvalho e Yamamoto, 1999).

Para executar este plano, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que efetuou convênios com o INAMPS/MPAS e com as secretarias estaduais de saúde, e organizou:

Um sistema de atenção integral a saúde da população através de uma rede de serviços integrados e regionalizados organizado da seguinte forma: rede de Unidades Básicas de Saúde, rede de ambulatórios para atendimentos especializados e a rede hospitalar (Carvalho & Yamamoto, 1999, p.10).

02) A Construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Movimento Sanitário consolidou-se no início da década de 1970 e politizou a questão da saúde, chegando a elaborar uma proposta de saúde coletiva em que a saúde é entendida como um direito de todos e um dever do Estado. Assim, a proposta da reforma sanitária passa a vislumbrar um sistema de saúde cuja base é a universalidade (acessível a todas as pessoas), a integralidade (promoção, prevenção e recuperação da saúde), a equidade (diminuição da desigualdade), e a descentralização das ações de saúde (direção única em cada esfera do governo).

Na década de 1970, com o enfraquecimento da ditadura militar brasileira, tem início o período de transição que culminou com a redemocratização do país, no fim da década de oitenta. Foi neste contexto que ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986, onde se discutiu uma nova proposta de Estrutura e de Políticas para a Saúde Brasileira, o relatório aprovado na VIII CNS serviu de base para o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, defendido pelo Movimento Sanitarista Nacional, ao apresentar as seguintes conclusões:

1- Um novo conceito de saúde: A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2- Saúde como um direito da cidadania e dever do Estado: Direito à saúde significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

3- Instituição de um sistema único de saúde: A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que realmente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária.

4- Participação popular nos serviços públicos de saúde: Participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde (Carvalho e Yamamoto, p.11, 1999).

O poder executivo se apropriou dos princípios acima e implantou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), financiado por convênios entre União e estados e entre estados e municípios o que implicou sérios problemas políticos (Abrahão, 2006).

As conclusões da VIII CNS subsidiaram os congressistas na formulação da Constituição Feral de 1988, no qual os artigos 196 (que afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o que garante acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação), 197 (no qual as ações em saúde são consideradas de relevância pública e atribui ao Poder Público a responsabilidade de regulamentar, fiscalizar e controlá-las) e 198 (que prevê um sistema único integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de descentralização, integralidade e participação popular), garantiram a criação do Sistema Único de Saúde, cuja regulamentação foi realizada por meio das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990.

03) A implantação do SUS na cidade de São Paulo

A primeira tentativa de implantar o SUS na cidade de São Paulo ocorreu no período de 1989 a 1993. Esta empreitada fracassou devido a dificuldades encontradas pelos gestores no que diz respeito à grande extensão territorial, à grande quantidade de habitantes, à migração contínua de outras regiões para esta capital, à má exploração dos recursos naturais e pela predominância de população carente de alimentação, moradia adequada, escolarização, trabalho e canais de participação

(Palomba, 2004).

Em 1996, a prefeitura de São Paulo, contrariando as correntes de pensamento em Saúde Pública, implantou o Plano de Assistência à Saúde (PAS), cujo modelo de saúde previa um conjunto de unidades de saúde em cada região da cidade, geridas por cooperativas de trabalho. Assim, a Saúde da capital entrou em colapso, pois os gastos não eram controlados, o atendimento não era de boa qualidade, e limitou-se, na maioria dos casos, à Atenção Básica. A Secretaria de Saúde ficou desestruturada e faltaram intervenções visando a prevenção de doenças.

O período mencionado acima só não foi mais caótico devido à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que ocorreu em paralelo ao PAS, com o financiamento do governo do estadual e recebeu o nome de Qualidade Integral a Saúde (Qualis). Até 1999 este programa responsabilizou-se pelo atendimento de 400 mil pessoas.

Em 2001, com a prefeitura da capital sob nova administração, o secretário de saúde extinguiu o PAS, e começou o processo de municipalização e implantação do SUS na capital. São Paulo foi habilitada para a gestão plena do SUS no fim de 2003, passando a gerir a maior parte da rede hospitalar pública e privada, que participa do SUS na capital (Palomba, 2004).

04) A estrutura do SUS

Com o objetivo de atender integralmente seus usuários, o SUS está organizado em três níveis de atenção à saúde, que abrangem todos os tipos de cuidado à saúde dos cidadãos brasileiros, incluindo ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. São eles: Atenção Básica, Atenção de Médica Complexidade e atenção de Alta Complexidade (Brasil, s/d).

Esta divisão em níveis de atenção não foi feita por se acreditar que um nível seja mais relevante que outro, mas sim porque esta estrutura favorece a organização e o planejamento das ações e serviços do SUS, de modo que a população seja atendida de forma integral (Brasil, s/d).

Abaixo serão descritas as atribuições de cada nível de atenção. Tendo em vista que este trabalho almeja discutir a atuação do psicólogo na Atenção Básica, apenas esta será descrita com detalhes.

Atenção de Alta complexidade

Este nível de atenção abrange os procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo (serviços que dispõem de alta densidade tecnológica – hospitais e clínicas especializadas), e visa possibilitar aos usuários o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (Atenção Básica e de Média Complexidade).

A Atenção de Alta Complexidade é organizada em redes, e as principais são as seguintes:

Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida” (Brasil, s/d).

Os serviços e as ações em saúde oferecidos neste nível de atenção têm por objetivo tratar os principais problemas de saúde dos brasileiros, e para tanto dispõem de profissionais especializados e de suporte tecnológico para diagnóstico e terapia.

Atenção de Média Complexidade

A atenção de média complexidade abrange os serviços ambulatoriais específicos. Os principais são os seguintes:

1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros, de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatologia-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia (Brasil, s/d).

Atenção Básica à Saúde (AB) ou Atenção Primária

Este nível de atenção à saúde abrange ações de caráter coletivo e/ou individual, tendo em vista a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. Para concretizar seu objetivo, a Atenção Primária recorre a práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, ao trabalho em equipe, à delimitação do território a ser atendido e à responsabilização da AB por medidas sanitárias de acordo com as características da população e do território (CONASS, 2007).

As tecnologias utilizadas na AB possuem alta complexidade (porque subsidiam uma enorme diversidade de atendimentos) e baixa densidade (por que os atendimentos não demandam equipamentos de alto custo) e devem solucionar os agravos à saúde mais significativos e freqüentes na população atendida pela Unidade Básica Saúde (UBS) (CONASS, 2007).

No SUS, o atendimento à população deve ocorrer de forma progressiva, de modo a possibilitar o acesso dos usuários aos “cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida”. Assim, a Atenção Básica é a porta de entrada do sistema, via UBS, no qual deve ocorrer preferencialmente o primeiro contato com a população por meio das seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à AB encaminhar os usuários para os atendimentos de média e alta complexidade, bem como fazer o acompanhamento paralelo dos usuários encaminhados á estes serviços.

Os princípios que orientam a AB são: vínculo de continuidade, integralidade, acessibilidade e coordenação, universalidade, humanização, responsabilização, equidade e participação social (Brasil, s/d e CONASS, 2007).

Segundo o CONASS, a Atenção Básica “considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sócio-cultural” e possui a capacidade de influenciar os indicadores de saúde, bem como regular o acesso aos recursos de alta densidade tecnológica, de modo que todos tenham acesso a estes serviços quando de fato precisarem (CONASS, 2007, p. 22).

A promoção da saúde é considerada um dos principais pilares da Atenção Primária. Para tanto, a Política Nacional de Promoção de Saúde faz uso de um conceito amplo de saúde, e tem como objetivo:

Promover a qualidade de vida, a equidade, reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (CONASS, 2007, p. 20).

Esta política visa ampliar a autonomia e a co-responsabilidade da população no processo de saúde e doença, e também almeja contribuir para a superação do modelo médico-hospitalocêntrico de saúde.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a AB possui os seguintes fundamentos:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e a coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relação de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações em saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- Estimular a participação popular e o controle social (CONASS, 2007, p. 23).

A atenção primária, quando bem estruturada, é capaz de suprir aproximadamente 80% da demanda em saúde de um município, concretizando os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade. O Ministério da Saúde adotou como prioridade neste nível de atenção, a estratégia³: Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, s/d).

³ Na medida em que o PSF também se estrutura com base em programas de saúde da criança, da mulher, do adulto, bem como outros programas de interesse epidemiológico, levando em conta a atenção à saúde no *ciclo vital*, a família é, antes, uma *unidade de cuidado*. Neste sentido, entende-se que a proposta de Saúde da Família seria mais adequadamente denominada *estratégia* do que *programa* (Vecchia, 2006, p.23).

O PSF é uma estratégia que visa superar o modelo médico-assistencial de saúde, e, para tanto, tem como foco a abordagem da família por meio do trabalho de equipe interdisciplinar em um território definido, no qual se encontra uma população adscrita, a quem se destina o cuidado integral. Tem o objetivo de resolver os problemas de saúde desta população articulando os serviços de saúde com serviços de outros setores, ao mesmo tempo em que estimula a participação social e a co-responsabilização pelo processo saúde-doença (CONASS, 2007).

A Portaria nº 648, de março de 2006, aprovou a Política de Atenção Básica, que no terceiro item do primeiro capítulo diz:

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no distrito federal:

I- Unidade(s) Básica(s) de Saúde com ou sem Saúde da Família inscritas(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II- UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III- Equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV- Consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V- Área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI- Equipamentos e materiais necessários as ações propostas, de forma a garantir a resolubilidade da Atenção Básica;

VII- Garantia de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII- Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para fortalecer a estratégia Saúde da Família, a portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que consiste em

equipes interdisciplinares, composta por profissionais de saúde de nível superior de diferentes áreas de conhecimento, cuja atuação ocorre em parceria com a equipe de Saúde da Família, sendo que a função da equipe NASF é oferecer apoio e matriciamento⁴ para as equipes PSF e para unidade de saúde na qual o NASF está cadastrado. Por esta razão, o horário de trabalho da equipe NASF deve coincidir com o horário de trabalho da equipe PSF. É importante salientar que o NASF não é uma porta de entrada do SUS (Brasil, 2008).

Foram criados dois tipos de equipes NASF:

- NASF I: é composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior, de ocupações não coincidentes, dentre os seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Esta equipe é vinculada a no mínimo oito e no máximo vinte equipes de Saúde da Família (Brasil, 2008).

-NASF II: é composta por no mínimo três profissionais de nível superior, de ocupações não coincidentes, dentre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. As atividades desta equipe são vinculadas a no mínimo três equipes de Saúde da Família (Brasil, 2008).

Somente os municípios com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado podem implantar o NASF II. Quem define os profissionais que irão compor a equipe NASF é o gestor municipal, considerando as prioridades levantadas a partir das necessidades de cada população local e da disponibilidade de profissionais. É recomendado que haja pelo menos um profissional de saúde mental na equipe NASF, tendo em vista a incidência epidemiológica dos transtornos mentais (Brasil, 2008).

⁴ O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (...) pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (Campos & Dominiti, 2007).

**CAPÍTULO II: O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA PSICOLOGIA E A
FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO NO BRASIL**

Segundo Pereira e Pereira Neto (2003), a história do processo de profissionalização da psicologia no Brasil pode ser dividida em três períodos: pré-profissional (1833-1890), profissionalização (1890/1905-1975) e profissional (com início em 1975 até a atualidade). Estes períodos foram propostos com base na prática profissional do psicólogo no Brasil, e serão descritos a seguir:

Período pré-profissional: neste momento havia pessoas interessadas nos temas e questões psicológicas, mas ainda não havia conhecimento sistematizado ou institucionalizado sobre psicologia, logo a profissão psicólogo não existiu no Brasil até o século XIX.

Com a criação das primeiras faculdades de medicina do Brasil, no Rio de Janeiro (1833) e na Bahia (1890), alguns médicos produziram teses de doutorado sobre temas relacionados à psicologia. Enquanto na Bahia os temas estavam relacionados a aplicação da psicologia à problemas sociais, tais como; higiene mental e psiquiatria forense, no Rio de Janeiro foram produzidas teses sobre neuro-psiquiatria e neurologia, bem como estudos desenvolvimentais ligados a psicologia experimental. Neste período a psicologia também era assunto de interesse da Filosofia, Pedagogia e Teologia.

No âmbito internacional, ainda neste período, o positivismo se impunha enquanto concepção científica, e com base nele surge a Psicologia Científica, que almejava se aproximar das ciências naturais.

Até o fim do século XIX, a Psicologia Científica buscou descrever com a maior quantidade de detalhes possível os processos da consciência humana, tais como; “fenômenos sensoriais, como a visão, audição e o tempo de reação”. Entretanto no século XX os estudos passaram a focar os “desvios” e “erros” individuais, surgem então os testes de inteligência. No Brasil houve um reflexo desta busca por cientificidade, via mensuração, que ocorreu em âmbito internacional (Pereira e Pereira Neto, p. 21, 2003).

Período de profissionalização: Aqui tem início o processo de institucionalização da psicologia, a regulamentação da profissão, e a criação de seus dispositivos formais, tendo como marco principais; a *Reforma Benjamim Constant (1890)*, a inauguração dos primeiros laboratórios *de psicologia experimental* e o *código de ética*.

Neste período a psicologia se aproximou primeiro da educação, em termos institucionais, por meio da incorporação da disciplina de psicologia nos currículos das Escolas Normais, o que desencadeou o processo de institucionalização da psicologia no Brasil, pois o ensino sistemático em psicologia tem início a partir de então. Esta relação da Psicologia com a educação implicava na submissão da psicologia a outra

profissão, assim a autonomia da psicologia não estava assegurada, caracterizando seu processo de formação.

Em 1906, foi criado o primeiro laboratório experimental de psicologia no Pedagogium⁵, e outro laboratório experimental, criado neste período, foi o da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro no Rio de Janeiro.

Gustavo Riedel, diretor do laboratório de psicologia experimental da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, sempre almejou torná-lo um instituto de psicologia, no qual pretendia organizar um curso superior de psicologia, o que de fato ocorreu em 1932, com o decreto de lei 21.173, que transformou o laboratório no Instituto de Psicologia da Secretaria da Educação e Saúde Pública. Entretanto este instituto foi fechado em menos de um ano, antes de formar seus primeiros alunos, mas foi reaberto em 1937, desta vez não manteve vínculo de dependência com a psiquiatria.

A medicina, em parte, criou condições para o desenvolvimento da psicologia brasileira, por meio da psiquiatria, mas por outro lado mantinha a tendência de transformar a psicologia em uma especialidade médica.

A década de 1930 é um momento importante para história da profissão, bem como para formação em psicologia, pois a disciplina de psicologia passa a ganhar espaço nas Universidades, ao tornar-se obrigatória em vários cursos. Em 1934, foi criada a primeira cátedra de Psicologia Geral, na Faculdade de Filosofia da Universidade de São Paulo (USP), matéria esta que passou a ser obrigatória nos cursos de Filosofia, Ciências Sociais, Pedagogia e nos outros cursos de licenciatura. Com isso a psicologia conquista progressivamente sua independência em relação à medicina e da educação.

Em 1946, a portaria 272, referente ao Decreto 9092, institucionalizou a formação em psicologia. Assim:

O psicólogo habilitado legalmente deveria freqüentar os três primeiros anos de filosofia, biologia, fisiologia, antropologia ou estatística e fazer então os cursos especializados de psicologia. Com a formação dos denominados especialistas em psicologia iniciou-se oficialmente o exercício dessa profissão (Pereira e Pereira Neto, 2003, p. 23).

Em 1957, tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo, se estabeleceu um novo currículo para o curso de psicologia, no qual havia mais matérias dedicadas à Psicologia. O primeiro curso de Psicologia no Rio de Janeiro foi o da Pontifícia Universidade Católica, e em 1958 a lei 3.862 criou em São Paulo, na USP, o primeiro

⁵ Instituição que inicialmente funcionou como museu pedagógico, tornando-se, em 1897, um centro de cultura superior.

curso de psicologia. Assim no fim desta década a Psicologia se estabeleceu, enquanto profissão de nível superior, nas duas maiores cidades do Brasil.

Em 1966, tem início o primeiro curso de mestrado em Psicologia e o de doutorado começou em 1974, legitimando a profissão no âmbito acadêmico. A partir de então os profissionais da psicologia passaram a buscar um segmento próprio no mercado de trabalho.

Entre 1940 e 1950, a maior parte dos psicólogos atuava na área da educação e do trabalho. Durante o governo de Getúlio Vargas, o processo de industrialização abriu um novo campo de trabalho para o psicólogo, pois naquele momento acreditava-se na necessidade de “ajustar os funcionários”, assim ampliou-se a demanda por classificação, seleção e recrutamento de pessoal.

Em paralelo ao desenvolvimento de conhecimento específico da Psicologia e a conquista de um mercado consumidor de “serviços psicológicos”, tem início a elaboração dos anteprojetos de regulamentação da profissão.

O primeiro anteprojeto de lei com vistas à regulamentação da Psicologia foi enviado ao Conselho Nacional de Educação em 1953. Nele constava que uma das atividades do psicólogo seria o atendimento clínico, atividade esta que seria exercida independentemente da medicina. Entretanto a Comissão de Ensino Superior vetou este anteprojeto, justamente por conta do artigo que dizia que a psicoterapia seria uma atividade do psicólogo, e propôs um projeto substituto em 1957, no qual a atividade clínica poderia ser exercida pelo psicólogo, desde que este profissional ocupasse a função de técnico e realizasse o atendimento sob supervisão de um médico.

A comissão de Educação e Cultura vetou este segundo projeto, e aprovou outro, no qual o foi excluído do texto a palavra psicoterapia, para evitar conflito com a categoria médica, no entanto autorizava o psicólogo a realizar atendimento clínico com a *função de atuar na solução de problemas de ajustamento*.

Este último projeto compôs a maior parte do texto da lei nº 4.119 que regulamentou a profissão de psicólogo em 1962. Neste mesmo ano, por meio do parecer 403 o Conselho Nacional de Educação determinou o currículo mínimo e a duração da graduação em Psicologia.

O currículo mínimo privilegiou o aspecto profissionalizante da Psicologia, entretanto “permitiu a seleção de disciplinas em função de uma única área de atuação profissional, o que explicaria a ênfase que ainda vem sendo dada à formação de psicólogos clínicos” (Weber, 1982, p 11).

Voltando a Pereira e Pereira Neto (2003), as funções do profissional psicólogo foram determinadas pelo decreto nº 53.464 no qual consta o seguinte artigo:

Artigo 4º - São funções do psicólogo: 1) Utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de: a) diagnóstico psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica; d) *solução de problema de ajustamento*⁶ [psicoterapia]. 2) Dirigir serviços de Psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares. 3) Ensinar as cadeiras e disciplinas de Psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor. 4) Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Psicologia. 5) Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares. 6) Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de Psicologia (Brasil, 1964).

Estas funções legais permitiram o trabalho do psicólogo em diferentes áreas, tais como a clínica, a escola, o trabalho, a área acadêmica e a jurídica. Em 1971, a lei 5.766, criou os conselhos regionais e o federal de psicologia, com a função de “orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo e zelar pela fiel observância dos princípios de ética e disciplina da classe” (Brasil, 1971).

Assim, a psicologia passa a ter conhecimento próprio, institucionalizado e reconhecido, apropriando-se de uma parte delimitada do mercado de trabalho, embora ainda partilhasse seu trabalho com a educação e com a medicina.

O último marco do período de profissionalização da psicologia foi a resolução nº8, de 20 de fevereiro de 1975, que oficializou o primeiro código de ética da profissão, revisto em 1977, que determinou as regras de orientação e fiscalização das atividades exercidas pelo psicólogo.

Período profissional: após a regulamentação e o estabelecimento da psicologia, a profissão passou a ser afetada por questões socioeconômicas, pois, com a multiplicação das faculdades de psicologia, cresceu o número de profissionais, a concorrência entre eles aumentou e o preço atribuído ao trabalho do psicólogo diminuiu. Assim, a psicologia passa a experimentar dilemas característicos de uma profissão jovem, tais como garantir reconhecimento, prestígio e autoridade.

Na década de 1970, surgiram muitos cursos novos de psicologia, o que se deve a dois fatores: o aumento da demanda para serviços de psicologia e a proliferação das universidades particulares.

Pereira e Pereira Neto (2003) afirmam que:

A psicologia e a psicanálise entraram no cotidiano das pessoas através de manuais de comportamento, revistas, programas de TV e

⁶ Grifo nosso.

livros sobre sexualidade. Deitar no divã significava sinal de status social. Esta atividade foi incorporada por muitas pessoas das classes média e alta (p.25).

Como neste período o Brasil vivenciava a ditadura militar, tal contexto favoreceu a ampliação do trabalho do psicólogo, pois, segundo Langenbach (1988):

Num primeiro momento, o sistema autoritário aqui instalado e a concomitante expansão e o enriquecimento da classe média criaram condições propícias para o surgimento de uma demanda do novo profissional – o psicoterapeuta. A própria ausência de canais de participação – o silenciar sendo a palavra de ordem - tornava atraente e válido este tipo de espaço. Tal vitalidade era reafirmada pelo próprio Estado, por serem consideradas as práticas em psicologia provavelmente pouco ameaçadoras, já que privilegiando a esfera íntima e privada, nela ficariam camufladas complexas questões sociais (Langenbach, 1988, p. 88 *apud* Pereira Neto e Neto, 2003, p. 25).

Entre 1970 e 1980, a educação, o trabalho e a clínica eram as áreas predominantes de atuação do psicólogo. Entretanto, a clínica privatista era a campo que mais atraía o interesse do psicólogo, isso desde a inserção na graduação, pois os estudantes almejavam trabalhar em consultórios privados, utilizando a psicanálise como principal modelo de referência. Assim, a psicoterapia passa a ser a prática mais utilizada pelo psicólogo (Pereira & Pereira Neto, 2006).

Atualmente o psicólogo brasileiro ainda atua principalmente na clínica privada. Como este campo de trabalho está saturado e a Psicologia precisou provar sua relevância social, outras áreas de atuação estão em expansão, uma delas é a Psicologia da Saúde, campo na qual se insere o psicólogo que atua na Atenção Primária.

Segundo Dimenstain (1998), a psicologia não realiza uma atuação abrangente no âmbito da saúde, pois seus referenciais teóricos e técnicos limitam a capacidade da profissão de contribuir com a sociedade.

O contexto da saúde coletiva demanda novas habilidades dos psicólogos e as faculdades de psicologia não preparam seus estudantes para atuar neste campo, pelo contrário, continuam reforçando o ideal da profissão liberal presente no imaginário dos graduandos em psicologia.

Ainda de acordo com Dimenstain (1998), os currículos de psicologia é composto por disciplinas estanques e descontextualizadas, que mantêm os futuros psicólogos, distantes do campo da Saúde Pública. Ela aponta ainda a necessidade de “repensar a atitude passiva que temos frente ao conhecimento de sermos consumidores acríticos de conhecimentos gerados em outras realidades” (p. 77).

Os cursos de psicologia tem se caracterizado ao longo dos anos por não possibilitar ao aluno o conhecimento dos aspectos sociais - históricos, políticos e ideológicos- que determinam sua prática e a realidade em que atua. A Psicologia que é ensinada nas universidades tem pretensão de ser apolítica e neutra (Dimenstein, 2000, p.104).

Isso ocorre porque os currículos do curso de Psicologia enfatizam o modelo clínico liberal privatista, ou seja, o modelo de psicoterapia individual com predominante inspiração psicanalítica. Esta também é a visão do público em geral. Devido à hegemonia da atuação clínica, as pessoas que procuram o curso o fazem com a intenção de também atuarem neste campo (Dimenstein, 2000).

Esse círculo vicioso limita a formação dos psicólogos e impede o exercício deles em atividades de outras áreas, como por exemplo, a assistência pública à saúde. Esses profissionais formados para atuarem na clínica individual privatista, aderem a valores individualistas “seu saber e sua prática são voltados a intimidade e privacidade dos indivíduos”, que geralmente pertencem a classe média, de onde também se originam a maior parte desses profissionais (Dimenstein, p.105, 2000).

A autora mencionada acima, entende que a maior dificuldade não é a reprodução, de uma teoria desenvolvida especificamente para o atendimento clínico, em outra área de atuação, mas “o universalismo ingênuo como esta permuta é feita”. Não podemos crer que seja possível aplicar de forma “generalizada, rígida e irrestrita os procedimentos clínicos a todo e qualquer grupo sociocultural e na sua eficácia intrínseca” (Dimenstein, 1998, p.77).

Para superar o problema da formação em psicologia é preciso desconstruir a atuação tradicional do psicólogo, bem como seus pressupostos básicos, que implicam em uma visão naturalizante e privatista do homem. O grande desafio da psicologia na assistência pública à saúde atualmente é se apropriar de outra cultura profissional, na qual o papel do psicólogo é promover a transformação da sociedade, daí a necessidade de interagir com outros profissionais, para buscar alternativas que visem a superação de problemas, como por exemplo:

Os problemas que enfrentamos na área de educação e saúde, na área da reabilitação psicossocial dos doentes mentais, em relação ao incremento das doenças sexualmente transmissíveis, da AIDS e gravidez precoce entre adolescentes, contribuindo na organização e gerenciamento dos serviços de saúde, desenvolvendo instrumentos de avaliação e supervisão dos serviços e práticas profissionais, enfim, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população (Dimenstein, 1998, p. 80).

Para tanto, a atuação do psicólogo requer um novo “modelo de atenção a saúde e de relação com o usuário, bem como um modo sempre mutante de fazer saúde” que atenda as prioridades da população brasileira (Dimenstein, 1998, p.78).

A realidade com que nos deparamos na saúde pública é a de profissionais de saúde, de diversas áreas e não apenas psicólogos, que em muitos casos, não se prepararam no decorrer da graduação para a atuação neste âmbito, pois ainda hoje não há uma formação que subsidie de forma apropriada a atuação dos profissionais de saúde na área de Saúde Pública, e há poucos cursos que avançaram neste sentido (Carpintéro, 2009).

Nesse contexto a função da universidade enquanto formadora de profissionais é imprescindível. A valorização de certos aspectos como a avaliação de intervenções através de metodologia científica e o aperfeiçoamento através de curso de pós-graduação (mestrado e doutorado) trazem uma qualificação deste profissional inserido no contexto da saúde (Miyasaki, 2002).

É relevante mencionar que as técnicas e conhecimentos na área são importantes, entretanto, tem sido insuficiente. Não basta ter conhecimentos teórico-técnicos, o psicólogo precisa compreender o funcionamento da instituição na qual está inserido, os princípios que orientam Sistema Único de Saúde, bem como seu funcionamento (Miyasaki, 2002).

**CAPÍTULO III: A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO SUS E SUAS PRÁTICAS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

A inserção do psicólogo na rede Pública de Saúde

O Movimento Sanitário iniciado na década de setenta propiciou a inserção do psicólogo na área da saúde coletiva, pois almejava:

Uma reforma nas políticas e práticas de saúde que vigoravam no Brasil (...) buscava a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde (...) [e] procurava enfatizar o vínculo entre saúde e sociedade (Dimenstein, 1998, p. 59).

O Movimento Sanitário, por meio da VIII Conferência Nacional Saúde, exerceu grande influência na aprovação do texto da constituição de 1988, no trecho que se refere ao Sistema Único de Saúde.

Com o advento do SUS - que por possuir uma concepção ampliada de saúde, adotou a integralidade como um de seus princípios fundamentais – ocorreram mudanças nas políticas de saúde pública, o que possibilitou a expansão do número de profissionais não médicos neste âmbito, incluindo aí os psicólogos, que passaram a compor as equipes multiprofissionais, tendo em vista a tentativa de fortalecer a rede básica de saúde (Dimenstein, 1998).

Até a época em que foi regulamentada a profissão do psicólogo, a prática médica tradicional no Brasil, prescindia da ação de outros profissionais, exceto do enfermeiro e dos auxiliares de enfermagem. Os poucos conhecimentos existentes por parte dos outros profissionais de saúde e a própria fragilidade da formação, aliada ao noviciado de algumas profissões, não argumentavam a favor da inserção de outros profissionais na prática de atendimento à saúde (Marinho, 2001, p. 265).

A inserção do psicólogo, na rede pública de saúde, é dada pela expansão do conhecimento nas outras áreas da saúde, como por exemplo; a fisioterapia, a nutrição, a terapia ocupacional etc. A partir deste momento começa a ocorrer a subdivisão do tratamento, ou seja, cada profissional atendia o paciente isoladamente e a sua maneira (equipes multiprofissionais). Posteriormente surgiram as equipes interdisciplinares, composta também por psicólogos, nestas ocorre a interação entre os profissionais para evitar que seus conhecimentos, métodos e técnicas sejam aplicados de forma fragmentada (Marinho, 2001, p. 266).

A crise econômica da década de oitenta também influenciou a inserção do psicólogo na rede pública de saúde, pois os consultórios privados ficaram esvaziados, uma vez que a classe média empobreceu e deixou de “consumir psicoterapia”, além disso, a ampliação da oferta de cursos de psicologia decorrente do aumento do número de instituições de ensino superior privadas, fez o número de psicólogos nos

Brasil crescer rapidamente, desencadeando um desequilíbrio entre oferta e procura por serviços de Psicologia. Assim os serviços públicos de Psicologia passaram a ser um atrativo para os psicólogos que buscavam a estabilidade financeira, já que no SUS teriam uma remuneração fixa e garantida.

Segundo Dimenstein (1998):

Houve, nessa época, muita pressão por parte dos Conselhos de Psicologia sobre os órgãos públicos visando a criação de novos empregos nas instituições de saúde e pela regulamentação dos profissionais que aí atuavam oficiosamente. Ou seja, os conselhos federal e regionais saíram em defesa do mercado de trabalho do psicólogo (...) nesse sentido, o surgimento de práticas psicológicas nas instituições públicas de saúde deu-se, em parte, por uma falta de opção de entrar no mercado dos atendimentos privados, os quais, talvez, constituem-se ainda hoje na aspiração da grande maioria dos psicólogos (p. 66-67).

Na década de oitenta as políticas públicas destinadas a Atenção Básica tiveram um acréscimo, com propostas de trabalho em equipes multiprofissionais, desencadeando diversas contratações de psicólogos (Garcia, 2006).

A necessidade de repensar o modelo de atendimento do psicólogo, foi uma conseqüência da inserção deste profissional no SUS, que evidenciou a inadequação de suas práticas às instituições de saúde, bem como seu limitado alcance social. Assim hospitais, ambulatórios e postos/centros de saúde, tornaram-se “lugares privilegiados para a construção de novas práticas pelo psicólogo e como oportunidade de resgate de um certo prestígio social” (Dimenstein, 1998, p. 67).

O movimento de inserção do psicólogo no SUS, configurou-se como uma alternativa ao desemprego e uma possibilidade de resgatar sua relevância social, por tanto a Psicologia está sendo obrigada a repensar a relevância social de suas práticas (Dimenstein, 1998).

02) Atividades do Psicólogo na rede pública de saúde

Não foram encontrados estudos específicos sobre as atividades realizadas por psicólogos na Atenção Primária da cidade de São Paulo-SP. Entretanto diversos autores⁷ apontam para o fato de que os psicólogos inseridos na saúde pública realizam atendimentos que reproduzem o modelo de atendimento clínico, individual, liberal, privatista com predominante inspiração psicanalista.

⁷ Carvalho & Yamamoto, 1999; Dimenstein, 1998, 1999, 2000 e 2001; Dimenstein & Macedo, 2007; Marinho, 2001; Pereira & Pereira Neto 2006 e Spink, 2003 e 2007.

Segundo Freitas e Miriani (2005), as seguintes atividades são desenvolvidas por psicólogos na Atenção Básica⁸:

Atendimento individual, visita domiciliar, realização de grupo de gestantes, reunião/orientação em equipes PSF ou somente com Agentes Comunitários, reunião de colegiado ou com a equipe geral da Unidade, realização de grupo de adolescentes, grupo ou acompanhamento a pacientes egressos de hospital psiquiátrico, grupos de artesanato, grupo de crianças, grupo de cuidadores de acamados, e grupo de familiares de alcoolistas (...) as estratégias e recursos utilizados são tradicionais e de uso clínico, como a psicoterapia breve de orientação psicanalítica, ou seja, o atendimento individual e em grupo, o uso de testes psicológicos e a realização de grupos operativos (p.11).

Devido ao fato da formação em Psicologia priorizar um único modelo de atuação, sento este direcionado para a classe média, a transposição de tal modelo para saúde coletiva não tem atendido a demanda da população usuária do SUS. Isso ocorre porque o foco do trabalho do psicólogo tem sido o indivíduo, que é tratado pelos profissionais como se fosse “um ser abstrato, a - histórico e desvinculado de seu contexto social”, entretanto existem estudos sociológicos e antropológicos que contrapõe esta concepção de “natureza humana”, no qual o homem é igual em qualquer tempo e lugar (Dimenstein, 1998, p. 74).

Assim faz-se necessário que o psicólogo inserido na Saúde Pública considere, ao preparar sua atuação, que há uma diversidade cultural entre psicólogos e usuários, que em muitos casos pertencem a classes sociais distintas, e que isso implica construções subjetivas distintas, pois ao desconsiderar estas diferenças transpondo o modelo de atendimento tradicional para o SUS, “o discurso do psicólogo fica vazio de sentido para esta população, decorrendo daí a grande evasão dos tratamentos e a baixa eficácia das terapêuticas utilizadas” (Dimenstein, 1998, p.76).

Ainda de acordo com autora:

É muito comum os psicólogos naturalizarem o abandono, tratando-o como uma característica inerente à população atendida no setor público, ou atribuir a sua falta de interesse ou capacidade de compreensão da tarefa terapêutica. Penso, porém, que o problema dos abandonos tem uma relação direta com essa incompatibilidade de projetos terapêuticos entre profissionais e usuários, os quais deixam de frequentar os serviços [psicoterapia] (...) a população usuária dos serviços de saúde não é passiva e tem seus meios próprios para manifestar seu desacordo frente aos códigos estabelecidos (Dimenstein, 1998, p.76).

Lima (2005), preocupada com as práticas psicológicas no âmbito da Atenção Básica à saúde, realizou um estudo no qual analisou a trajetória de profissionais

⁸ Estudo realizado em Maringá- PR.

psicólogos na Atenção Primária, e com base na trajetória de uma delas, nos apresentou a proposta da Atuação Psicológica Coletiva (APC), entendida aqui enquanto uma estratégia de trabalho na saúde pública. Abaixo segue o conceito de APC elaborado pela autora:

A APC é o processo contextual de identificação das demandas, de planejamento e de execução de necessidades de atendimento psicológico socioeconômica e culturalmente orientado (...) pode ser entendida ainda como uma estratégia de organização contextualizada da atuação psicológica para prevenir doenças e promover saúde coletiva (Lima, 2005, p.434).

A APC pode ser realizada tanto pelo psicólogo individualmente ou em conjunto com outros profissionais, como este conceito foi desenvolvido a partir da experiência concreta de uma psicóloga que trabalha em uma UBS, tal experiência será relatada a seguir, de forma que seja possível apresentar a estratégia da APC de forma objetiva.

No primeiro momento a psicóloga (entrevistada por Lima, 2005) fez uma análise da demanda dos usuários, e na seqüência atribuiu a ela um sentido para além de seu tamanho, que ela considerava grande, sua preocupação não foi a compreender porque não havia adesão à psicoterapia (atividade realizada na UBS onde atuava por outro profissional), pois embora não fosse capaz de dizer porquê as pessoas interrompiam este tipo acompanhamento psicológico, a profissional entendia que tal atividade não era eficaz nem prática, uma vez que sentia-se habilitada para realizar em primeiro lugar promoção e prevenção de saúde, bem como para fazer trabalhos terapêuticos com grupos, de forma a atender um número maior de pessoas e ao mesmo tempo possibilitar a criação de vínculo entre elas. Assim desde sua chegada na UBS sua preocupação foi a de realizar um trabalho compatível com esse nível de atenção à saúde.

Assim buscou “identificar os problemas que requerem a atenção prioritária na comunidade”, e constatou que havia uma desarticulação entre a comunidade e a UBS. Por esta razão propôs “ações de saúde em parceria, mediante participação da comunidade”, ou seja, ela procurou uma ONG e se prontificou a oferecer um curso de telemarketing para adolescentes da região de abrangência da UBS, uma vez que a psicóloga possuía conhecimento sobre essa área. É importante ressaltar que seu objetivo com este projeto não era simplesmente ensinar os conceitos do telemarketing, embora a profissional tivesse habilidade para isso, mas ao mesmo tempo realizar prevenção e promoção de saúde (Lima, 2005, p. 436).

Para atingir seu objetivo a profissional optou por: “executar atividades a partir de temas significativos para o mundo do adolescente e do perfil socioeconômico e

epidemiológico do público alvo” (Lima, 2005, p. 438).

Seu projeto funcionava da seguinte forma: o curso oferecido era composto por oito encontros, de uma hora e meia cada. Nos primeiros quarenta e cinco minutos ela oferecia noções gerais de telemarketing, e nos minutos finais ela oferecia uma lista de temas relacionados à saúde para serem debatidos, de forma que os adolescentes pudessem escolher temas de seu interesse. Os temas mais trabalhados foram DST-AIDS, gravidez na adolescência, relação de gênero, uso e abuso de substâncias psicoativas e projeto de vida.

A psicóloga tinha como propósito tornar a UBS referência para o adolescente, e atingiu seu objetivo, pois segundo ela, depois que o curso acabou os adolescentes passaram a procurar a UBS para tomar vacinas, principalmente a de Hepatite B, outros para fazer acompanhamento com a nutricionista e todos eles freqüentam a UBS mensalmente para pegar preservativos. Assim a psicóloga mencionada realizou “o trabalho preventivo de vacinação e de aconselhamento em DSTs/AIDS, eficiente e caro a saúde coletiva, com a expectativa de refletir sobre projeto de vida, tendo como local de difusão a UBS, mas sem se limitar a ela” (Lima, 2005, p. 438).

Segundo Lima (2005) a estratégia da APC:

Tem como ferramenta principal dois elementos: a) a escuta psicológica cautelosa, ou seja, aposta em uma conduta profissional socioculturalmente orientada; b) reafirmação da importância da subjetividade no processo de saúde-doença-cuidado. Nessa perspectiva, a APC deve contemplar esses dois aspectos para a escolha e para a organização das práticas psicológicas oferecidas, sejam estas as de cunho da promoção, preventivo ou de recuperação. Além disso, a APC, ao reafirmar a importância da subjetividade e dos aspectos psicossociais e culturais no processo de saúde-doença-cuidado, aumenta a possibilidade de os psicólogos proporem práticas individuais ou grupais congruentes com os objetivos dos níveis de assistência à saúde.

CAPÍTULO IV: MÉTODO

As entrevistas

O principal instrumento de investigação dessa pesquisa foram entrevistas semi-estruturadas, técnica esta que implica em uma relação dialógica entre pesquisador e participante, enfatizando a relevância da linguagem e do significado da fala, ao mesmo tempo que possibilita o acesso a informações sobre a temática estudada (Neto, 1999).

O registro das entrevistas foi feito por meio de gravador de voz, mediante autorização dos depoentes. O convite para os profissionais, bem como a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) foram feitos previamente.

Definição do grupo de participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa dois profissionais psicólogos, inseridos no Sistema Único de Saúde, na cidade de São Paulo, que atuam no nível de Atenção Primária. O critério de inclusão foi o aceite dos psicólogos em participar das entrevistas e sua autorização para gravar os depoimentos.

As entrevistas abordaram os seguintes temas:

- a) Formação acadêmica e extracurricular;
- b) Trajetória profissional;
- c) Contexto do trabalho nas Instituições Públicas de Saúde;
- d) Contexto da população atendida;
- e) Atividades desenvolvidas pelos psicólogos.

Organização e análise de dados

As entrevistas foram transcritas. Posteriormente, foi realizada a leitura das entrevistas, o que possibilitou destacar e organizar aquilo que denominamos *pré-indicadores* para futura formulação de *núcleos de significação*, na seqüência foi realizada uma nova leitura que possibilitou um processo de aglutinação dos *pré-indicadores* de forma que os *pré-indicadores* reunidos nos permitiram chegar aos *indicadores*. Neste momento foram destacadas as falas dos entrevistados que poderiam ilustrar e esclarecer estes *indicadores*, a partir de então, teve início um processo de articulação cujo resultado foi a organização dos dados em dez *núcleos de significação/categorias* (Aguiar & Ozella, 2006).

Os núcleos de significação/categorias utilizadas neste trabalho são as seguintes:

- Trajetória Profissional;
- Imagem da profissão;
- Formação em Saúde;
- Sentimentos;
- Contexto da população usuária da Atenção Básica;
- Contexto Institucional da Atenção Primária;
- Demanda da população;
- O papel do psicólogo na Atenção Primária;
- Atuação do psicólogo na Atenção Básica;
- Desafios do trabalho na Atenção Primária.

Após a construção dos núcleos de significação, teve início “o processo de análise e avançamos do empírico para o interpretativo, apesar de todo o procedimento ser desde o início da entrevista, ser um processo construtivo/interpretativo” (Aguiar & Ozella, 2006, p. 231).

A análise dos dados foi realizada a partir do referencial teórico da Psicologia Sócio-Histórica, que concebe o homem com um ser ativo, histórico e social, que, portanto, se constitui socialmente, na relação com outros homens e com a realidade, em um processo dialético de transformação de si e da realidade (Rosa & Andriani, 2002).

Cuidados éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e o número do protocolo de aprovação é 254/2009.

Os participantes da pesquisa foram informados com antecedência quanto à garantia do sigilo da identidade, e o direito a interromper ou cancelar a entrevista, sem que houvesse qualquer tipo de constrangimento ou prejuízo aos depoentes.

Para tanto, foi apresentado aos depoentes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo), antes do início da entrevista, onde constam os objetivos da pesquisa, bem como as informações referentes aos cuidados éticos.

Sobre o procedimento de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

É um instrumento legal (exigência do Ministério da Saúde e da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa – CONEP), importante em qualquer pesquisa, pois nos ajuda a esclarecer junto ao participante a proposta apresentada. O Termo de Consentimento presta-se à autorização solicitada ao usuário/participante para divulgação das análises alcançadas sobre o conteúdo das entrevistas, sendo que mesmo tendo neste documento as explicações sobre a pesquisa, o entrevistador deve sempre estar à disposição para prestar esclarecimentos.

Para que ele assine, o pesquisador deve estar atento ao fato de que o participante da pesquisa, tenha clareza dos objetivos da pesquisa. O termo foi apresentado antes do início das entrevistas, com livre escolha do mesmo em assiná-lo ou não, sendo que o seu preenchimento sempre foi feito em duas vias, ficando uma sob responsabilidade do pesquisador e a outra com o entrevistado.

CAPÍTULO V: DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

1)Apresentação dos participantes da pesquisa

Foram colaboradoras deste trabalho duas psicólogas com experiência na atenção primária do SUS na cidade de São Paulo.

São elas:

Adriana⁹: Trabalha na Atenção Primária da cidade São Paulo desde novembro de 2008, atualmente é supervisora de duas equipes NASF.

Flávia: Atua na Atenção Básica desde 2004, e na Atenção Primária da cidade de São Paulo desde 2008, quando foi contratada para trabalhar em uma equipe NASF. Tem experiência em duas equipes NASF na cidade de São Paulo.

02) Apresentação das entrevistas

As entrevistas realizadas ao longo deste trabalho serão descritas abaixo, uma por vez, começando pela apresentação da entrevista da Adriana, que será seguida pela da Flávia.

A apresentação das entrevistas será feita por meio da organização dos dados em *núcleos de significação/categorias* de modo a facilitar a compreensão do próximo capítulo, no qual será explicitada a análise dos resultados.

Adriana

Trajetória Profissional: Adriana fez uma escolha intuitiva pelo curso de psicologia. Antes de ingressar na graduação, não tinha informações sobre a atuação do psicólogo, tendo também cogitado a possibilidade de cursar história. Acabou optando pela psicologia por acreditar que a inserção do psicólogo no mercado de trabalho era melhor. Foi se “apaixonando” pela psicologia ao longo do curso, conforme entrava em contato com os textos. Esse processo legitima sua escolha, já que passa a não se imaginar fazendo outra coisa.

No segundo ano de graduação, passou a se interessar pela área da saúde, soube que uma professora iria oferecer vagas para iniciação científica na área e foi procurá-la. Fez pesquisa sobre o tema HIV/AIDS por dois anos consecutivos.

Após sua formatura, foi trabalhar em consultório privado, como Terapeuta e como Acompanhante Terapêutico. Permaneceu interessada em temas relacionados ao HIV, e continuou gostando de estudar assuntos relacionados à saúde coletiva, em paralelo a aqueles trabalhos, fontes de remuneração.

⁹ Utiliza-se nomes fictícios para preservar a identidade das participantes de pesquisa.

Adriana manteve sua parceria com a professora que orientou seus trabalhos de iniciação científica, o último trabalho que realizaram juntas foi concluído no início de 2010.

Ao lado de sua orientadora, realizou atividades que envolviam o psicólogo na área da saúde, foi membro da comissão DST/AIDS do CRP, e por este motivo participou de reuniões cujo objetivo era fazer o controle social destas políticas em nível municipal. Enfim, continuou interessada no tema, mas não era remunerada pelas atividades profissionais que realizava na área da saúde coletiva.

Apesar de seu interesse por saúde coletiva, teve dificuldade para conseguir realizar atividade remunerada na área da saúde, uma vez que a prefeitura de São Paulo não abria concurso para psicólogo havia muitos anos.

Devido a seu interesse por saúde coletiva, decidiu fazer pós-graduação na área, e para tanto buscou um orientador cuja perspectiva teórica era fenomenológica, pois desejava ser orientada no mestrado por uma pessoa que pensasse a saúde coletiva a partir de uma perspectiva filosófica.

No mestrado, tinha a idéia inicial de dar continuidade a seus trabalhos relacionados a questão do HIV/AIDS, a partir da visão filosófica do Heidegger. Entretanto, foi contratada para trabalhar no NASF em novembro de 2008, período de implementação do NASF na cidade de São Paulo. Ao ingressar na atenção primária, deixou seu interesse pelo HIV de lado, mas manteve seu interesse em saúde coletiva. Concluiu seu mestrado em 2009.

Adriana trabalhou como psicóloga de uma equipe NASF que oferecia apoio a duas UBS-PSF, até 2009, quando assumiu seu atual cargo de supervisora de equipes NASF, passando a supervisionar duas equipes NASF que oferecem apoio a quatro UBS-PSF.

Imagem da profissão: Antes de ingressar na graduação, Adriana supôs que o psicólogo tem um boa inserção no mercado de trabalho, este foi um dos motivos que a levam a optar pela psicologia e não pelo curso de história.

Após cursar psicologia, Adriana demonstra se preocupar com a função social do psicólogo, ao expressar a seguinte percepção a respeito dos psicólogos que atuam na atenção básica:

Eu acho que ainda os profissionais da atenção primária se vêem meramente como profissionais de saúde, e vem a saúde de um jeito muito tradicional de que saúde é mesmo ausência da doença, então trabalha sobre esta perspectiva, eu vejo que saúde é a vida da

pessoa, se a pessoa tem liberdade na vida dela, isso é saúde. Se a pessoa olha pra saúde deste jeito... Então eu vejo que para ter saúde a pessoa precisa trabalhar, estudar, ter uma casa bacana, ter emprego, ter amigos, e aí ao trabalhar dentro desta perspectiva eu preciso articular com outros setores. Eu acho que a saúde na atenção primária ainda está muito fechado no seu setor saúde, ainda não conseguiu dialogar (...) eu acho que os profissionais da atenção primária precisam ter um concepção de saúde muito diferente dos profissionais especializados, que é justamente ampliar esta concepção [de saúde], que a gente vê que é ainda muito restrita.

Formação em saúde: A formação em saúde de Adriana começou no segundo ano da graduação quando iniciou sua pesquisa de Iniciação Científica sobre tema HIV/AIDS.

Por conta da pesquisa mencionada, entrou no ambulatório de HIV/AIDS da UNIFESP, para fazer entrevistas com as pessoas que utilizavam o serviço, esta pesquisa tinha articulação com a pós, e por este motivo Adriana se relacionou com alunos do mestrado orientados pela mesma professora. Teve a oportunidade de participar com estas pessoas de discussões sobre a temática do HIV/AIDS e políticas públicas destinadas a este assunto. Neste período passou a se interessar pelo SUS, a estudar políticas públicas e a participar de eventos relacionados ao tema do HIV/AIDS.

Adriana fez estágio como acompanhante terapêutico ao longo da graduação, no quarto ano da faculdade escolheu realizar dois de seus estágios na área da saúde, um deles no CRT-HIV (núcleo de saúde), e o outro no CAPS (núcleo de trabalho) em uma cooperativa com pacientes psiquiátricos, pois nesta época também se interessava pela questão das psicoses e por conta desta experiência passou a se interessar também pelas políticas públicas na área de saúde mental. No quinto ano fez o núcleo de Fenomenologia e Psicose com foco em institucional e portanto realizou estágios em serviços públicos.

A psicóloga Adriana manteve a parceria com sua orientadora de iniciação científica após a formatura, o último trabalho que realizaram juntas foi concluído no início de 2010. Ao lado desta professora, participou de “atividades” que envolviam o psicólogo na área da saúde, tal parceria deu continuidade a seu processo de formação em saúde. Adriana fez mestrado na área de Saúde Coletiva.

No relato a seguir Adriana discorre sobre as matérias que estudou no mestrado:

Então eu fui para o mestrado, fiquei três anos no mestrado, foi um mestrado longo. Dentro do mestrado, fui fazer várias matérias, fui fazer matérias que falavam sobre as práticas de organização de saúde, sobre avaliação em saúde, sobre epidemiologia, sobre várias coisas, todas voltadas para saúde, hoje não estou fazendo nenhum curso, mas pretendo, fazer um curso na área de gestão, com foco em

gestão de Saúde Pública.

Os relatos a seguir descrevem a percepção de Adriana sobre a formação dos psicólogos que atuam na atenção primária:

Então, eu acho que tem uma coisa do psicólogo, que eu me deparo com os psicólogos muito! Que é a questão da formação do psicólogo, existe uma formação ainda que é muito focada na clínica, na clínica particular e individual, então o psicólogo é formado para ir nesse direção, então o psicólogo tem uma tendência, mesmo vindo para Atenção Primária, a entrar neste esquema, de achar que todo mundo tem que fazer terapia individual e sem tempo definido, eu acho super importante, se todo mundo pudesse fazer terapia assim seria ótimo, para a vida de todo mundo, defendo! Mas quando a gente esta falando de Saúde Pública a gente tem que trabalhar com prioridades, a gente tem que trabalhar com outras linguagens, e a gente não pode achar que a única possibilidade de trazer saúde e liberdade para pessoas, seja a clinica particular. Eu na minha vida particular, tenho várias coisas que eu faço que considero importante para a minha saúde mental, não é só a minha terapia, então eu saio com meus amigos. É poder fazer um curso, isso tudo é importante! E as vezes eu acho que os psicólogos não se tocam muito, e tem uma dificuldade para grupo, de pensar grupo, de se aventurar em elaborar uma ação na sala de espera, eles acham que o grupo tem que ser numa salinha fechada com aquelas pessoas, e se entrar alguém atrapalha o grupo, não da pra fazer! Eu acho que é como se tivesse que ter uma situação ideal do local para poder fazer, isso quando eles conseguem fazer, mas eles tem dificuldade de fazer grupos e ações coletivas de modo geral dentro da comunidade, né!? Muitos poucos psicólogos têm o perfil comunitário, que eu acho que são criativos, que tentam trabalhar com outras coisas...

A formação não fala muito de SUS, a gente tem muito pouco [SUS] na formação, pelo menos eu tive muito pouco uma formação que falasse de SUS, e de organização de saúde, uma epidemiologia mais aprofundada de saúde coletiva, de vários conceitos da saúde coletiva, tem muito pouco! O enfoque geralmente é o enfoque clínico e aí quando vem um profissional [para AB], são poucos que têm um perfil comunitário, e quando vem um com o perfil muito clínico fica pensando no individual, não pensa em contexto, tem dificuldade de pensar no contexto, tem dificuldade de pensar intervenções mais amplas.

Quando eu vejo que um psicólogo tem viés clínico, individualista, privatizante e subjetivista, né!? Por que isso é uma coisa que eu vejo muito nos psicólogos! [Há] Uma dificuldade deles de ir para ação, de ficar muito no âmbito de uma reflexão aprofundada, mas que as vezes eles não conseguem encaminhar esta reflexão para alguma coisa, então tá encaminhamos tudo isso e então pensamos qual ação? Como a gente têm uma formação que tem este objetivo de não determinar o caminho do outro, que o outro possa de alguma forma ir se apropriando da própria vida, escolhendo seu caminho, eu acho que a gente vem pra saúde, isso rola muito, então fica numa compreensão, numa reflexão, mas não consegue agir pontualmente não consegue encaminhar, então nossa ação vai ser? Sabe? A gente tem uma dificuldade de fazer isto, e tem a ver com a formação, e também tem a ver com uma formação que é clínica, porque uma formação comunitária acho que é muito diferente, (...) o modo como

está o currículo das universidades de psicologia, eu acho que dificulta muito o trabalho na atenção primária, que seja mais interventivo que tenha uma proposta comunitária, uma proposta mais ampla, de cuidado, de considerar cuidado de um jeito muito mais amplo, cuidado pode ser artesanato, uma caminhada, pode ser um passeio. E eu sinto que para alguns psicólogos isto parece como se fosse uma certa desvalia para a formação dele, né!? Eu já ouvi isso: “Eu não fui formada para fazer passeio! Não fui formada para passear com as pessoas! Me nego a fazer isso!”

Em síntese, Adriana percebe que o psicólogo tem uma formação com enfoque na clínica-tradicional, o que implica na dificuldade deste profissional de encaminhar ações coletivas, o psicólogo não consegue encaminhar ações a partir de suas reflexões. Acredita que o currículo dos cursos de Psicologia sejam inadequados, uma vez que trabalham com uma visão limitada do conceito de cuidado, além de não oferecer formação comunitária, e não possibilitar a compreensão da dinâmica de funcionamento do SUS.

Sentimentos: Adriana relata ser apaixonada pela psicologia e gostar muito de estudar saúde coletiva. Observe a fala abaixo a respeito de sua atuação na área da saúde:

Eu sempre quis trabalhar na saúde pública! Mas não tinha campo pra isto, (...) o município de São Paulo não abre concurso para psicólogo há muitos anos (...) e aí quando surgiu a proposta do NASF, (...) começou uma onda de contratações, na hora que eu soube disso já mandei currículo para todos os lugares, porque...era algo que eu sempre quis, mas que eu nunca pude fazer formalmente e eu fazia isto de um jeito informal. Sempre falei, *fazia por amor! Fazia por amor!*

Segundo Adriana, a dificuldade de articulação da Atenção Primária com outros níveis de atenção do SUS, faz com que o psicólogo se sinta sozinho. Para esta psicóloga, outro sentimento vivenciado pelos profissionais da Atenção Básica é a sensação impotência, que desencadeia um processo de negação dos próprios sentimentos, conforme descrito por Adriana na fala abaixo:

Os profissionais que trabalham na atenção são profissionais que sofrem muito de Burnout, vi uma pesquisa que eles sofrem mais de Burnout do que profissionais de UTI, a gente não lida com a morte concreta da pessoa, mas a gente lida com uma impotência em relação a vida destas pessoas, o que traz muito sofrimento para os profissionais, porque como você está dentro da casa, você visita, você vê que a pessoa não tem nada para comer, você vê o abandono, você vê a negligência, você entra em contato com isto de um jeito muito intenso, e as vezes você não tem o que fazer em relação a isso, você não tem como comprar uma casa para pessoa. Tudo bem você pode articular com alguma coisa, tentar algum benefício, pra tentar minimizar isto, mas não tem como tirar muita destas coisas das pessoas,

então estes profissionais vão adoecendo. Estes profissionais adoecem, enrijecem e não se pensam, e aí desumanizam muito também né! Que é isso diante de tanto sofrimento melhor nem entrar em contato.

Contexto da população: Adriana relata que a realidade das pessoas que são atendidas pelo PSF, é muito precária, pois o PSF está presente em locais de vulnerabilidade, há casos em que há presença do tráfico na região de abrangência da UBS. Mas o PSF também está presente em lugares não tão precarizados, com população de classe média baixa.

Para Adriana, a situação social das pessoas atendidas pelo psicólogo no PSF é ruim, pois são pessoas sem vínculo e sem cuidado, ou ainda com cuidadores inadequados. São pessoas excluídas: sem emprego, amigos, sem relação comunitária acolhedora.

Contexto Institucional da Atenção Primária: Adriana relatou que, ao ingressar no NASF, percebeu que o contexto institucional das UBS era bastante delicado, por três razões:

Primeira: as equipes NASF¹⁰ chegaram na Atenção Primária da cidade de São Paulo, com uma equipe multiprofissional, cuja maior parte dos integrantes não tinham experiência no SUS, não conheciam os níveis de atenção do SUS, e portanto tinham mentalidade de consultório/clínica ambulatorial especializada, o que divergia do objetivo da Atenção Primária, onde o atendimento não deve ser ambulatorial. Assim, foi um susto para estes profissionais ingressarem no SUS, especialmente para aquela equipe da qual Adriana fez parte. Adriana já compreendia o SUS por ter estudado sobre o assunto ao longo da graduação e também na pós, mas relatou que muitos profissionais não imaginavam o trabalho na Atenção Primária e portanto passaram por um período de desconstrução, não conseguiam lidar com a idéia de que não iriam atender no “modelo de consultório”.

Segunda: enquanto o NASF estava chegando, estavam saindo das UBS de São Paulo as equipes de apoio, implantadas na cidade havia já dez anos, e portanto com experiência prática no SUS. Estas equipes faziam atendimentos ambulatoriais e eram divididas da seguinte forma: a) equipe de saúde mental; b) equipe de reabilitação. Estas equipes foram demitidas para que o NASF, enquanto política pública do Ministério da Saúde pudesse ser implantado na Atenção Primária. O clima institucional por conta da entrada desta nova equipe, da qual Adriana fazia parte, e da saída forçada da equipe de apoio, era de hostilidade.

Terceira: o NASF tinha uma proposta de trabalho diferente do trabalho das

¹⁰ É importante ressaltar aqui que o NASF é uma política pública do Estado.

equipes de apoio, não há no NASF uma cisão entre equipe de Saúde Mental e equipe de reabilitação. E as pessoas que trabalhavam no PSF não queriam discutir os casos com a equipe multiprofissional do NASF, queriam atendimento especializado. Demorou um tempo para a equipe NASF ser aceita, até porque a equipe de apoio anterior fazia atendimento ambulatorial, e o NASF não faria este tipo de atividade, o que deixava a equipe do PSF com a impressão de que a equipe NASF estava lá e não ia atender (entende-se trabalhar). Assim qual a função do NASF então? Este fato deixava o clima tenso!

Demanda da população: Segundo Adriana, há na Atenção Primária, muitos casos graves de pessoas que não conseguiram ter acesso ao CAPS. As questões psíquicas trazidas pela equipe PSF ao NASF são casos graves de Psicose, Esquizofrenia, Depressões graves e crianças psicóticas, autistas e/ou em situação de abuso.

Há também muitos casos de sofrimento que não necessariamente estão relacionados a psicopatologias, tais como:

- Criança: dinâmica familiar, problema de aprendizagem, com paralisia, deficiência mental e paralisia cerebral.
- Adolescente: drogas, gestantes, pessoas fora da escola, falta de perspectiva (demanda de orientação profissional) e envolvimento com o tráfico.
- Adultos: violência, abuso, pedofilia, pessoas com diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas.

Segundo Adriana, “tudo o que acontece na vida humana você se depara aqui, você tem que lidar com tudo isso!”, o que remete ao *tamanho* da demanda, em duas dimensões diferentes: a) a variedade de casos; b) a quantidade de pessoas que precisam de atendimento e/ou avaliação psicológica.

O Papel do psicólogo na Atenção Primária: Os trechos abaixo explicitam a concepção de Adriana sobre o papel do psicólogo na atenção primária:

Qual é o papel do psicólogo na Atenção Primária? Na UBS da pra realizar muita... Porque é isso: a UBS é tudo! Se a gente vai para qualquer nível mais especializado, então é só casos graves, ou é só ... ambulatório do HC da fobia, ambulatório... e na atenção primária você tem que acompanhar tudo, é seu dever acompanhar tudo, mesmo que a pessoa esteja sendo acompanhada numa atenção especializada, de complexidade, a equipe de saúde da família tem que continuar acompanhando. Sem dizer que nossa função também é trabalhar com a prevenção e com a promoção

de saúde.

Para casos mais leves a intervenção do psicólogo tem como foco fazer com que as pessoas ocupem outros espaços, não especificamente terapêuticos, como o artesanato e a caminhada.

Já entrei na caminhada, entrei na caminhada da equipe porque tinha um psicótico que era minha paixão, a “piração” dele era sair andando, então ele adorava andar, então eu pensei que talvez fosse legal ele andar na caminhada da área dele, já que ele gostava de andar, a gente dá um sentido para a caminhada dele, então durante um tempo eu ia na casa dele de manhã, com o agente comunitário, e a gente ia caminhar junto com as pessoas da comunidade, então eu cheguei a participar da caminhada um pouco nesse sentido, e eu tentava envolver ele com as pessoas para ele poder se socializar, para ele poder estar mais integrado aos vizinhos, então participei da caminhada um pouco com este objetivo, por conta de alguns casos que eu achava que era legal colocar dentro disso.

Na saúde mental as equipes de PSF acreditam que não é competência delas lidar com este fenômeno, que só o especialista pode fazer isto. Assim é preciso discutir e pensar com elas ações para desconstruir um pouco esse lugar, de que falar da saúde mental, é só coisa de psicólogo ou psiquiatra, o que remete a dicotomia mente-corpo. Na verdade falar de saúde mental é falar da vida das pessoas, todos os profissionais do PSF podem fazer isso (...) quando a gente esta falando de saúde pública a gente tem que trabalhar com prioridades, a gente tem que trabalhar com outras linguagens, e a gente não pode achar que a única possibilidade de trazer saúde e liberdade para pessoas, seja a clinica particular (...) uma coisa que eu vejo é isso, eu to no PSF, é o Programa de Saúde da Família, muitos psicólogos do PSF, eles olham para uma questão que é trazida individualmente, mas a gente ta no PSF, a gente tem que olhar a dinâmica familiar, a gente tem que olhar de um jeito mais amplo, o contexto que a família vive, intervir neste contexto de modo geral.

Atuação do psicólogo na Atenção Básica: segundo a psicóloga Adriana, no NASF o atendimento nunca é feito por um psicólogo individualmente, as pessoas são atendidas pela equipe multiprofissional, e os casos só chegam a equipe NASF via discussão dos casos das equipes de PSF com as equipes NASF, uma vez que o NASF é apoio e não porta de entrada do SUS.

Após a discussão do caso pela equipe, o psicólogo vai a casa destas pessoas, para ter contato com elas. O trabalho do psicólogo é tentar incluir estas pessoas, como podemos observar no relato abaixo:

Então tinha até este trabalho, se não tinha nenhuma relação, nenhum vínculo, de ver se a comunidade acolhia, se tinha um visinho que pudesse ajudar em alguma coisa, a comunidade em muitos casos também exclui pessoas!

Abaixo seguem as atividades realizadas por Adriana nas UBS onde trabalhou como psicóloga do NASF:

- Grupo de gestante: Objetivo: falar sobre esse momento da vida e não apenas sobre as questões biológicas do estar grávida, humanizar o grupo. O grupo deve acontecer no dia da consulta para a gestante não precisar se deslocar até a UBS várias vezes, assim economiza tempo e dinheiro e não precisa faltar no trabalho. Segundo Adriana o PSF tem que cobrir 100% das gestantes e também a Puericultura (crianças com até um ano).

- Grupo Puericultura: neste momento as mães ficam muito envolvidas pelo “cuidar do bebê”. Em decorrência deste em muitos casos as mães se isolam, e param de interagir com outras pessoas além do bebê. Este fato restringe socialmente, o grupo possibilita a reinserção social, como espaço de socialização, troca e amizade - criação de rede social.

A entrada do psicólogo, em consulta com a enfermeira, é uma intervenção complementar ao grupo, e tem como objetivo realizar a detecção precoce de autismo e trabalhar a relação mãe bebê. Para realizar tal atividade Adriana fez uso de material cedido por um CAPS. Caso houvesse alguma evidência de autismo, ela fazia uma intervenção mais específica, na qual trabalhava a questão da relação e o vínculo com o bebê.

- Grupos de pessoas com doenças crônicas:

- Grupo de Diabetes: tinha por finalidade conversar com as pessoas sobre dificuldade em seguir o tratamento, sobre fantasias delas e as mudanças que ocorreram na vida após o diagnóstico. Segundo o relato de Adriana quando o médico e a enfermagem querem apenas que a pessoa tome a medicação, perdem a oportunidade de compreender porque a pessoa não adere ao tratamento;

- Grupo de hipertensão.

- Grupo de mulheres no climatério, Adriana participou do grupo com a finalidade de conversar sobre este momento da vida;

- Grupos específicos: grupo fechado, de psicoterapia, com pessoas em acompanhamento de doenças psíquicas moderadas, constituídos por pessoas que já passaram por avaliação psicológica, tais como; depressão grave e alteração da personalidade. Segundo Adriana os casos graves vão para o CAPS e os moderados ficavam no grupo terapêutico. Este grupo tinha doze

sessões e 8 vagas, era uma forma de trabalhar terapeuticamente com estas pessoas. Após o término do grupo, as pessoas eram encaminhadas para outro espaço da UBS, a terapia comunitária, que era conduzida por uma enfermeira que tinha formação para isto, a psicóloga Adriana, neste caso, entrava como apoio;

- Grupo com agentes comunitários: com a finalidade de trabalhar o tema da saúde mental, de forma que haja um espaço para eles pensarem sobre este assunto, falarem sobre o contato contínuo que mantêm com estas pessoas. Outro objetivo era fortalecer o agente comunitário, que as vezes fica vulnerável com a quantidade de coisas que eles vêem na comunidade, uma vez que eles “não vão para casa” depois do trabalho.

Segundo Adriana, “há grupos que não precisam ser conduzidos pelo psicólogo.”

Atualmente Adriana atua como supervisora de equipe NASF e não mais como psicóloga, nesta função realiza as seguintes atividades:

- Reunião semanal com equipes de cinco equipes NASF, para discutir casos, dificuldades, projetos terapêuticos, pensar estratégia para melhorar a relação do NASF com as equipes de PSF, pensar as ações da equipe e quais grupos serão feitos;
- Participa de fóruns de saúde mental, para discutir articulação da atenção primária dentro da saúde mental.
- Reuniões de reabilitação, para discutir a articulação do NASF com outros serviços como por exemplo o CAPS e o CECO.
- Reuniões na supervisão de saúde, para pensar e reavaliar o caminho do NASF, pensar qual é o caminho, se algo mudou ou não, alguns apoios, questões burocráticas, aqui Adriana tem a função mediadora, pois a equipe NASF é volante, e apesar de estar na UBS não está sob a gerência da UBS, então ela tenta convencer a gerência da UBS a fazer coisas que a unidade também deveria fazer.

Atividades abaixo são aquelas que Adriana gostaria de realizar na Atenção Primária, mas ainda não foi possível:

- Fazer articulação com outros setores (cultura, lazer e etc);
- Fazer um trabalho com adolescentes:

As equipes PSF têm dificuldade de trazê-los para a UBS. Os grupos que existem são chatos e não atraem estas pessoas, é preciso fazer articulação com a área da cultura, realizar parcerias! (...) Isso é uma coisa que eu gostaria de fazer e ainda não fiz, pensar o adolescente sobre este foco da cultura.

Desafios do trabalho do psicólogo na Atenção Primária; Adriana considera a própria demanda um grande desafio: “A atenção primária é muito grande!”

Segundo a psicóloga:

Tudo o que acontece na vida humana você se depara aqui! Você tem que lidar com tudo isso. O desafio da atenção primária é a complexidade dela não no nível especializado, mas a quantidade de coisas que você tem. Se você está em um ambulatório de especialidade, você se especializa em um ponto, você pode se especializar na violência sexual contra a mulher, então eu vou ser uma pessoa que vai trabalhar com isso. O desafio da atenção primária é que você vai trabalhar com tudo! Com tudo, e você não vai virar e falar não sou especializada nisso, não sei. Não você tem que ver tudo. Então apesar de ser a atenção menos complexa quando você vai pensar no sistema, é a mais complexa, porque este é o desafio!

Acho que tem o desafio da atenção primária de articular com outros setores, porque atenção primária é para ela ser intersetorial, dialogar com a cultura, com a educação, com a habitação, e eu acho que ainda os profissionais da Atenção Primária se vêem meramente como profissionais de saúde, e vem a saúde de um jeito muito tradicional, de que saúde é mesmo ausência da doença, então trabalha sobre esta perspectiva, eu vejo que saúde é a vida da pessoa, se a pessoa tem liberdade na vida dela, isso é saúde. Se a pessoa olha pra saúde deste jeito... Então eu vejo que para ter saúde a pessoa precisa trabalhar, estudar, ter uma casa bacana, ter emprego, ter amigos, e aí ao trabalhar dentro desta perspectiva eu preciso articular com outros setores. Eu acho que a saúde na atenção primária ainda está muito fechada no seu setor saúde, ainda não conseguiu dialogar.

Outro desafio da atenção primária é articular com outros âmbitos da atenção, por que as vezes tem uma coisa que a gente acompanha aqui, que a gente precisa de algo especializado, precisa de um cuidado mais aprofundado e a gente não tem essa interlocução, não tem pra onde, não tem com quem contar, fica muito sozinho com a gente as coisas na atenção primária, a gente fica muito sozinho com este mundo todo, e aí não consegue dar conta disso também.

O desafio da atenção primária além de articular com outros setores, é mudar a concepção de saúde da atenção primária, eu acho que os profissionais da atenção primária precisam ter um concepção de saúde muito diferente dos profissionais especializados, que é justamente ampliar esta concepção, que a gente vê que é ainda muito restrita, que eu acho que é um desafio.

Recursos materiais é um desafio enorme, você não tem sala, não tem material, as vezes não tem local para você fazer um grupo, porque não tem um espaço maior, as unidades são muito pequenas, não tem espaço para tudo o que poderia acontecer.

Eu acho que as instituições são um desafio ainda, as instituições se pensam pouco na atenção primária, eu acho que as instituições da atenção primária deveriam se pensar mais, eu defendo que deveria ter um analista institucional nos posto de saúde, que nem tem nos CAPS, que eles têm este contrato, eu acho que os postos também deveriam ter, porque os profissionais que trabalham na saúde são profissionais que sofrem muito (...) e então estes profissionais adoecem, enrijecem e não se pensam, e aí desumanizam muito também! Diante de tanto sofrimento melhor não entrar em contato!

Flávia

Trajetória profissional: Seu primeiro contato com a psicologia ocorreu em 1996, ano em que concluiu sua primeira graduação na área de humanas. Este encontro com a psicologia aconteceu porque Flávia buscou atendimento psicológico e ao ficar impressionada com os bons resultados de seu processo terapêutico, decidiu cursar Psicologia.

Segundo seu relato Flávia fez a escolha da universidade, com a intenção estudar psicologia clínica com profundidade, pois ao ingressar na faculdade tinha por objetivo atuar somente na clínica tradicional, no decorrer da graduação optou por fazer todos os seus estágios na área clínica, não escolheu nenhum no âmbito da Saúde Coletiva.

No último ano da faculdade Flávia ofereceu atendimento psicológico a duas pessoas na clínica-escola da universidade, após sua formatura deu continuidade ao processo terapêutico destes dois pacientes, mas não conseguiu mais clientes. Assim, impossibilitada de custear seu consultório particular, participou de um processo seletivo para um aprimoramento em Psicologia Hospitalar, foi aprovada, e a bolsa que recebia lhe permitia manter sua clínica privada. Este foi o seu primeiro contato com o SUS.

Há aproximadamente seis anos atrás, Flávia passou em um concurso para trabalhar como psicóloga de UBS, em uma cidade do interior de São Paulo, próxima a capital. Depois de assumir o concurso foi informada que deveria atender a demanda de três UBS. Relata que estas UBS tradicionais estavam iniciando o processo de transição para UBS-PSF.

Flávia desconhecia o trabalho do psicólogo na Atenção Primária, por esta razão foi visitar uma UBS de sua região em que já havia uma psicóloga trabalhando. Abaixo o relato de Flávia:

A primeira coisa que eu fiz foi visitar esta UBS, e saber, como esta psicóloga trabalhava, e ela tinha um desses livros pretos que a gente

faz ata, com nome telefone e endereço [das pessoas que estavam na fila de espera para ser atendidas pelo psicólogo] (...) A psicóloga com quem tive o primeiro contato tinha uma postura assim: eu sou uma eu atendo seis pacientes por dia.

Em 2008, Flávia deixou o trabalho na atenção primária nessa cidade do interior, e foi trabalhar em uma equipe NASF na cidade de São Paulo, administrada por uma Organização Social diferente da equipe NASF na qual esta trabalhando hoje.

Imagem da profissão: antes e durante sua graduação em psicologia Flávia só conseguia vislumbrar o trabalho do psicólogo na clínica individual privatista.

Em sua primeira atuação na Atenção Primária, ao se deparar com incompatibilidade entre o trabalho clínico individual e o tamanho da lista de espera para atendimento psicológico, Flávia desconstruiu a imagem do psicólogo cuja função era exclusivamente a de fazer atendimentos individualizados e passou a realizar outros tipos de atendimentos, e ao falar sobre a eficácia de tais atendimentos Flávia afirma: “É satisfatório, tanto para mim que vejo os resultados, quanto para as pessoas que se percebem melhorando, é muito satisfatório!”

Flávia passa a conceber que a função do psicólogo é realizar prevenção e promoção de saúde, relata que para cumprir tal função o psicólogo precisa atuar de forma articulada com outros setores, como por exemplo a cultura.

Formação em Saúde: Durante sua graduação Flávia relata que não se preparou para atuar na Saúde Coletiva. Depois de formada, mantinha o atendimento apenas à dois pacientes, e para custear seu consultório decidiu fazer aprimoramento em Psicologia Hospitalar, este foi o seu primeiro contato com o SUS.

Ao ingressar na Atenção Básica, Flávia relata que sentiu falta de um modelo para se apoiar, para fazer um trabalho possível, e precisou pensar em um “modelo” de atendimento que correspondesse a demanda da UBS. Assim começou a treinar pessoas para lhe ajudar na triagem dos atendimentos, começou a realizar o trabalho de matriciamento, mas na época não sabia que tal atividade recebe este nome. Flávia relatou que começou a cogitar a possibilidade de fazer grupos para conseguir suprir a demanda das UBS, e passou a pensar na composição dos grupos, se por idade, sexo, patologia etc.

De acordo com o relato de Flávia, sua formação em saúde ocorreu com a prática, a partir do contato com o paciente e com outros profissionais. Ela afirma que seu conhecimento sobre psicologia clínica, serviu de base para que ela pudesse pensar as atividades que já realizou na Atenção Básica. A fala abaixo descreve, em

parte, este processo de aprendizagem e de formação em Saúde:

Eu chamava o paciente e percebia que ele era psicótico, e eu pensava: O que vou fazer com ele? Será que eu tenho que atender? Aí fui visitar o CAPS, saber como eles atendiam. Aí o CAPS não atendia mais, porque o CAPS tinha capacidade para atender 100 pessoas e já estava atendendo 300, aí fui descobrindo como as coisas eram difíceis né! Então tá o paciente precisa muito e eu sou a única psicóloga. O que eu posso fazer? E a partir daí, junto com a assistente social, na verdade a gente aprendeu juntas, [mas] ela já tinha uma experiência (...) e foi me dando uns toques: olha aqui tem PSF, olha aqui tem tal coisa, aqui tem tal livro.

Flávia relata que a partir de sua inserção na Atenção Básica do SUS, foi se apropriando do funcionamento do Sistema e também estudando sobre ele. Com a indicações bibliográficas da assistente social, da primeira UBS onde trabalhou, começou a ler várias coisas sobre o SUS, inclusive a respeito de matriciamento: “aí eu fui descobrir que aquilo que eu estava pensando já havia sido pensado, e que poderia ser um recurso interessante”.

No início de sua atuação na Atenção Primária Flávia relata que passou a formar rede, mas sem saber que esta ação recebe tal nome, começou a contar com a enfermeira para fazer uma entrevista, uma anamnese mínima, o que a fez refletir sobre questões éticas, tais como: o papel de cada profissional; o que psicólogo pode dizer para outros profissionais; que tipo de perguntas o profissional que vai realizar a anamnese deve fazer, “até onde ele pode perguntar alguma coisa e até onde não pode?”.

Flávia também relatou ter percebido a necessidade da troca de informações entre os profissionais, uma vez que não estava presente na unidade todos os dias, porque precisava atender a demanda de três unidades. Começou a refletir sobre a questão do sigilo, e a perceber que era importante que os outros profissionais tivessem algumas informações.

Assim discutiu a necessidade de fazer reunião com a equipe, de modo que a equipe se tornasse capaz de identificar se há ou não demanda psicológica, para explicar como a demanda poderia ser percebida. Refere que para ensinar os outros profissionais a identificar demandas psicológicas relacionou os aspectos psicológicos aos sintomas físicos, conforme podemos observar na fala abaixo:

Quando vocês analisam, por exemplo, uma dor de barriga, uma dor de cabeça, o que vocês perguntam? Quando começou, o que você já fez? Que remédio tomou? Já teve outras vezes? Um sintoma “psi” é a mesma coisa! Então fui comparando o sofrimento mental com o sofrimento físico, e aí vinha uma coisa assim, poxa ele já teve

isso três vezes né! Então dá pra esperar, não dá? Quem vai fazer o primeiro contato? Eu sozinha não iria dar conta de ir em todos os lugares, comecei a dividir uma boa parte da demanda com a assistente social inicialmente, e depois com as equipes de Saúde da Família, porque antes eu achava que como psicóloga eu tinha que fazer um psicodiagnóstico, tinha que fazer queixa livre, tinha que fazer tudo o que a gente faz na faculdade, como me ensinaram, e não dá! Não dá tempo! A demanda é gigante!

Fui conhecer o território, escolas, ONGs, e percebi que não precisa oferecer psicoterapia para todo mundo, que às vezes o nosso trabalho é estar junto com a família para estabelecer rotina, assim as crianças brigam muito dentro de casa, então vamos tirar as crianças dentro de casa, fazer um curso alguma coisa, com horários, onde a criança pode almoçar, quem pode estar junto da criança, levar e trazer.

Teve casos muito interessantes, de paciente que não tinha água em casa, porque não tinha dinheiro para pagar água, e aí a gente teve que sair de casa em casa pra ver onde ele poderia tomar um banho uma vez por semana, foi um corpo a corpo com a comunidade, mas eu não tinha muito esta visão de que a comunidade poderia ser parceira em algumas situações e que a gente poderia estar junto para solucionar alguns tipos de situações.

Ao atuar na atenção primária Flávia relata ter aprendido que:

A urgência do paciente é diferente da nossa urgência, teoricamente no consultório, o que a gente aprende na faculdade, é que a pessoa vem buscar a gente porque a pessoa tem um sofrimento, no serviço público não é assim, o médico coloca ali: Psicólogo! E a gente tem que atender.

Sentimentos: Flávia relata ter se sentido sozinha, ao ingressar na Atenção Primária, afirma que sentiu falta de um modelo para se espelhar, para fazer um trabalho possível, por conta deste fato passou a refletir sobre como seria a sua atuação, e ainda se colocou a pensar outras possibilidades de atendimentos, que não o individualizado. Isso para dar conta da demanda e também para diminuir sua angústia pessoal, conforme descreve no relato abaixo:

Nas UBS tradicionais tem grupos de deprimidos, diabéticos, hipertensos, esquizofrênicos, e o grupo emperra em algum momento, eles levaram maior susto quando eu coloquei todo mundo junto, não podia acontecer nada que a gente já não conheça, trabalhar em grupo não é o ideal, mas é uma alternativa possível. Eu ia ficar preocupada de atender algumas pessoas e deixar o resto das pessoas de fora.

Contexto da população usuária da Atenção Básica: Flávia relata que a primeira UBS onde trabalhou estava localizada na zona rural e atendia pessoas de baixa renda, havia casos de pessoas que não tinham acesso a saneamento básico. Esta população não era resistente à atendimentos em grupo.

Flávia relata que atualmente trabalha em uma UBS, na cidade de São Paulo - SP, cuja renda da população atendida por sua equipe NASF não é tão baixa, onde as pessoas já tiveram plano de saúde, o perderam por alguma razão, e agora precisam utilizar os serviços de saúde pública, estas pessoas têm dificuldade para aceitar participar de atendimento em grupo, pois desejam atendimento individualizado.

Contexto Institucional da Atenção Primária: Os trechos da entrevista que seguem retratam o contexto institucional da Atenção Básica em âmbito geral, segundo o ponto de vista de Flávia :

Na prática ocorre da prefeitura se associar as Organizações Sociais que são as OS's, ou as associações filantrópicas, e essas associações fazem o repasse de verbas, o governo estadual repassa para prefeitura, a prefeitura repassa para OS e a OS contrata a gente, isso é um pacote, Aí tem o pacote NASF I e o pacote NASF II, aqui em São Paulo pelo número de pessoas que a gente atende é o pacote dois, que é no mínimo cinco profissionais.

No matriciamento que ocorre em São Paulo tem uma questão, a figura do coordenador tem uma função diferente em cada região da cidade, alguns ocupam um lugar hierárquico similar ao da gerência da unidade e em outras regiões ele esta numa escala inferior.

Em outros lugares não existe a figura de coordenador de NASF, só existe em São Paulo, e o NASF não é mediado por uma OS, é contratado da prefeitura, concursado, é implantado em regiões em que eles já tem uma certa prática, e eles recebem por produção. O que acontece é que São Paulo esta revendo a forma de financiamento das atividades dos NASF dentro do SUS, porque teoricamente nossas atividades já são pagas pelo parceiro, né!? Que faz este repasse de verba e/ou gestão, porque nem sempre o parceiro faz a gestão do seu NASF, as vezes é a sub-prefeitura que faz a gestão, eles não fazem o repasse de verba. Em outros municípios, o psicólogo recebe pelo que ele produz, então ele tem que ter no mínimo tantos atendimentos individuais, e tantos atendimentos em grupo, os atendimentos individuais conta como produção do psicólogo, os atendimentos em grupo conta como produção da unidade, então não é vantagem para o psicólogo atender em grupo, ele tem que atender individual.

Eu tive muita sorte, porque no município onde eu estava trabalhando, eles estavam querendo este tipo de coisa, então eu ia sim ser obrigada a fazer atividades individuais. Então o SUS administrativamente ele é muito complicado.

A lógica de produção é terrível! Mas a unidade recebe por isto e ela tem que manter mais ou menos um patamar. Então assim a produção do NASF, primeiro que a gente não trabalha com diagnóstico, porque para lançar um atendimento individual, você tem que ter um código e tem que ter uma produção X, que se chama produção ambulatorial, todos os municípios tem isso, então se você esta fazendo promoção de saúde você não esta atendendo, então eu descobri em um códigos, por exemplo G63, problemas emocionais na infância, você não especifica o que é, e você pode atender a partir dele, por exemplo o G61: conflito com a família. A estrutura SUS ainda é ambulatorial, tem esta questão de produção, dos códigos.

No município que eu trabalhei eles me mandam um monte de e-mails. E aí como é que você lança sua produção? Não lanço, porque

em São Paulo foi feito um formulário diferenciado, o que é produção do psicólogo, do profissional, e o que era produção da unidade e o que era produção entre o profissional NASF e o profissional da equipe de Saúde da Família. Que isso não é contado como produção, então você está trabalhando mas não está produzindo. E ao mesmo tempo estas associações filantrópicas, essas organizações sociais, ao mesmo tempo eu posso ser funcionária do Ainsten e posso ser funcionária da prefeitura. Ao mesmo tempo eu posso ser funcionária da Associação Santa Marcelina, e posso ser funcionária da prefeitura. E a quem eu me reporto? Alguns se reportam mais a supervisão de saúde, e outros se reportam mais a instituição contratante. Mas esta coisa de ter vários chefes é muito complicado! Porque assim o NASF acaba sem ter um lugar institucional, e é isso que é muito difícil de lidar (...) as vezes a prefeitura quer um atendimento mais ambulatorial, e o parceiro tem peito para dizer: olha não vamos fazer. Mas o parceiro que eu estou não tem peito para fazer isto. Então assim essa relação OS e prefeitura pelo menos aqui em São Paulo é algo complicado.

Por exemplo, numa região de saúde, você tem uma população mais rica ou mais pobre, você tem por exemplo a região do Morumbi, é região de abrangência do Campo Limpo, mas oitenta por cento da área não é cadastrada como PSF, e aí temos que cobrir a cidade inteira. E você acha que uma pessoa no Morumbi vai abrir a porta para um agente de saúde? Para perguntar como ele e toda família vai? A gente tem que respeitar estas características territoriais sabe?”

Flávia coloca que:

O SUS visa o trabalho coletivo porque o foco não é a doença, e sim promover saúde de alguma forma (...) é claro que a urgência do paciente é diferente da nossa urgência (...) no serviço público (...) o médico coloca ali: Psicólogo! E quer esta avaliação ocorra de algum jeito, sem que a pessoa saiba necessariamente que este encaminhamento foi gerado, e aí você chama, e a pessoa não sabe porque está lá! Então é um trabalho bem diferente, porque o PSF está na casa da pessoa e tem mania de achar que tudo é um grande problema, mas se aquilo não é um problema para a pessoa, porque que vai ser para mim?

Outro fato mencionado pela psicóloga Flávia é a rivalidade entre os profissionais NASF e aqueles que trabalham nos outros níveis de atenção e não aceitam os encaminhamentos feitos pelos profissionais NASF, porque sua remuneração é menor. Abaixo segue o relato de Flávia sobre este assunto:

Eu me sinto insatisfeita de trabalhar neste sistema, [se refere a estrutura do NASF na cidade de São Paulo] eu acho que tem muitos profissionais [na Atenção Secundária] que faz serviço mais especializado do que eu, e eles ganham metade, eles ganham mil, mil e trezentos, mil e quinhentos reais, eu ganho três e duzentos (...) Ganhar metade! Por isso que eles não recebem pacientes do NASF e é injusto, né!?

Ao ingressar na Atenção Primária, Flávia relata que se “deparou com a

demanda dos profissionais, não com a demanda da população. Havia uma lista de 200 pessoas na espera da UBS mais próxima.” Segundo a entrevistada havia a expectativa da gerência da unidade de que ela fosse fazer atendimento individual e conseqüentemente trabalhar com lista de espera.

Os próximos relatos de Flávia descrevem o contexto institucional das unidades onde ela já trabalhou:

Eu tive a sorte de trabalhar em um serviço público que estava pretendendo iniciar este processo de matriciamento e eu me descobri fazendo isso. Muitas vezes a minha gerente da primeira unidade que trabalhei me chamava, e me perguntava: O que você está fazendo? Você não pode ser como as outras psicólogas? Ter o tal do livro preto, porque todo mundo tem o tal do livro preto, que é a espera, a triagem, que no começo eu achei que fosse ser assim mesmo. Mas eu também me convenci de que não dava, porque se eu falasse assim eu vou fazer o livro preto, os duzentos vão continuar e eu vou chamar um por um, também tá tudo certo! O funcionário é só atender seis ou sete por dia, que está tudo certo (...) você trabalha ali coma pessoa seis ou sete anos, ou até quando der e está tudo certo!

Flávia também relata o seguinte:

Particpei de dois NASF, o primeiro estava se formando e foi muito bom construir um tralho junto com a equipe, então ir fazer um diagnóstico institucional que eu nem sabia que eu tinha que fazer isto, o que eu tinha feito no município que eu trabalhei era um diagnóstico meio que sem saber, mas assim ter alguém que orientasse este processo, estar juntos com os outros, descobrindo o funcionamento de cada unidade, isto foi muito bom e fortaleceu muito a equipe do NASF, então se aproximar da equipe de saúde da família não foi um transtorno, a gente se aproximava, depois conversava a respeito do que tinha acontecido. Quando eu saí deste primeiro NASF e fui pro outro NASF, ele já estava constituído e aí eu me deparei com profissionais, não voltando. Neste primeiro NASF que eu trabalhei minha grande dificuldade foi trabalhar com profissionais da saúde mental, que no discurso tinha uma proposta mais comunitária, mas no fazer não aceitavam trabalhar com psicólogo (...) foi uma das coisas que me fez buscar um outro NASF. E aí eu encontrei uma situação muito diferente (...) entrar numa equipe de NASF já constituída é sempre um desafio, porque a equipe acaba criando alguns vícios, todas as equipes! As equipes tem rixas e tem profissionais que a gente se da melhor e que a gente se dá pior, até descobrir como isto funciona em uma equipe já constituída é um sufoco. Depois que você entra neste jogo, fica muito mais fácil!

Segundo a entrevistada:

O NASF é um ideal. Poucos se mantêm lá, pois os profissionais têm dificuldade para trabalhar em equipe e dividir conhecimento (...) causa estranheza para alguns profissionais a partilha do saber, não sou louca de achar que todos podem fazer tudo, existe algo específico que cada um de nós fazemos, mas existe a promoção de saúde que é algo que todos nós fazemos, então agüentar isso, agüentar partilhar saber, partilhar conflitos, peitar uma equipe, uma gerencia, e se manter firme, não é para todos! É trabalho para poucos!

Demanda da população: Segundo a psicóloga Flávia, na Atenção Primária, há casos graves de pessoas que não conseguiram ter acesso ao CAPS, por falta de vaga. As questões psíquicas trazidas pela equipe PSF ao NASF são casos graves de Psicose, Esquizofrenia, Depressões graves e crianças psicóticas, autistas e/ou em situação de abuso.

Há muitos casos de sofrimento que não necessariamente estão relacionados à psicopatologias, tais como:

- Criança: dinâmica familiar, problema de aprendizagem, com paralisia, deficiência mental e paralisia cerebral.
- Adolescente: drogas, gestantes, pessoas fora da escola, falta de perspectiva (demanda de orientação profissional) e envolvimento com o tráfico.
- Adultos: violência, abuso, pedofilia, pessoas com diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas. A demanda é composta por dois aspectos centrais; a variedade dos casos e a quantidade de pessoas que precisam de atendimento e/ou avaliação psicológica.

O Papel do psicólogo na Atenção Primária: Flávia relata que o psicólogo no SUS pode ter muitos papéis, mas ela se apropriou do seguinte:

Sensibilizar as equipes para questões subjetivas, não como eu daria conta, mas dar conta de parte disso, de fazer uma boa escuta, um bom acolhimento, são coisas que o SUS preconiza, de ter uma avaliação, de que talvez se o paciente chegou assim, ele só precisa conversar mais uma ou duas vezes, se eles tiverem esse olhar, para mim já é o suficiente. Pode até parecer singelo, mas é isso. (...) é estar junto, chorar junto. Poxa queria ouvir mais você queria poder tá junto, vamos pensar, as pessoas não se propõe a isto.

Então assim desde convencer o gerente, os agentes comunitários a ir na casa do psicótico, a ir junto com você, porque o cara morre de medo, é tudo muito difícil é um parto praticamente. Então olha vamos fazer um passeio em tal parque, juntar a galera, porque isso vai ser bacana, para criar vínculo.

Atribui também ao psicólogo o papel de realizar intervenções com o objetivo de promover saúde, como podemos observar no relatos abaixo:

Teve casos muito interessantes, de paciente que não tinha água em casa, porque não tinha dinheiro para pagar água, e aí a gente teve que sair de casa em casa, para ver onde ele poderia tomar uma banho uma vez por semana.

Atuação do psicólogo na atenção Básica: O relato abaixo se refere ao que a psicóloga

Flávia imaginava sobre o trabalho no SUS.

Eu achava que como psicóloga, eu tinha que fazer um Psicodiagnóstico, tinha que fazer queixa livre, tinha que fazer tudo o que a gente faz na faculdade, como me ensinaram. E não dá! Não dá tempo, a demanda é gigante!

Segundo Flávia o psicólogo que atua no SUS é obrigado a fazer a “produção do paciente”, isto é; fazer o controle de quantas pessoas você atendeu, qual é o CID, qual o diagnóstico e o número do procedimento.

A entrevistada relata que realizou as seguintes atividades na primeira unidade básica onde trabalhou:

- Localizar os pacientes de sua área na lista de espera de sua região de saúde;
- Realizou reuniões de equipe, para oferecer capacitação/educação continuada aos agentes comunitários sobre saúde mental de forma que eles saibam a identificar demanda psicológica;
- Planejamento das intervenções grupais;
- Coordenação de grupos:
 - De pais;
 - De crianças- lúdico;
 - Mistos: compostos por pessoas deprimidas, com diabetes, hipertensão, esquizofrenia. Segundo Flávia:

Eles [a gerência da primeira UBS onde trabalhou] levaram maior susto quando eu coloquei todo mundo junto, não podia acontecer nada que a gente já não conheça, trabalhar em grupo não é o ideal, mas é uma alternativa possível.

- Reconhecimento do território: visitas a escolas e ONG´s;
- Visita domiciliar;
- Intervenção familiar:

Percebi que não precisa oferecer psicoterapia para todo mundo, que as vezes o nosso trabalho é estar junto com a família, para estabelecer rotina, assim as crianças brigam muito dentro de casa, então vamos tirar as crianças dentro de casa, fazer um curso, alguma coisa, com horários, onde a criança pode almoçar, quem pode estar junto da criança, levar e trazer.

- Psicoterapia individual;
- Intervenção comunitária: Algumas pessoas da comunidade solicitaram internação para uma pessoa psicótica, o relato a seguir descreve a intervenção realizada por de Flávia:

A gente não interna mais, tem um movimento antimanicomial, tem documentos, que a gente é obrigado a obedecer, a gente só interna se a pessoa estiver oferecendo perigo, para ela ou para os outros. Qual o perigo que ela oferece? Ah! Ela não fala coisa com coisa! Não é perigoso! Ela pode botar fogo na casa! Quantas vezes ela já tentou isso? Nenhuma. Ah! Ela pode fugir! Se ela fugir, ela vai estar oferecendo risco? E aí a gente marcou uma reunião com a comunidade e com a pessoa [psicótica] presente, para gente discutir o que poderia ser feito, de modo que ninguém se sentisse incomodado, e de modo que ela pudesse ser aceita com o que ela pudesse oferecer, a gente viu o filme “Sete Cabeças” e as pessoas acabaram não se incomodando tanto com ela, chegou um ponto que ela ia para unidade, dava uma pirada e depois ia embora. Ela sabia o lugarzinho de “pirar”.

- Disponibilizou “espaços de subjetivação”:

Falta na UBS espaço que constitua uma possibilidade de subjetivação, que é isso, é as pessoas poderem se relacionar de outra forma, não em função da doença ou do problema, por exemplo; tinha pessoas que iam para UBS, para brincar, só. Não precisavam de mim, eu coleí na parede algumas regras, uma delas era deixar a sala em ordem quando saísse, e eles obedeciam porque se eles não brincassem lá eles não teriam outros espaços para brincar. Então todos os dias antes da escola, vinha uma galerinha, 5 ou 6 crianças, para brincar, porque em casa não tinha brinquedo, que que eu fiz? Eu não fiz nada. Só disponibilizava brinquedo, enquanto eu preenchia minha planilha de produção feito uma louca, eles estavam lá sozinhos, não brigavam, não se estapeavam, faziam ali suas próprias regras, guardavam ali seus brinquedos e iam para escola. Aí, o que você fez que as crianças melhoraram? Nada eu só deixo elas brincarem, e as pessoas se esquecem que brincar é um exercício da subjetividade das pessoas, então acho que faltam estes espaços, as pessoas não buscam o posto de saúde para serem pessoas melhores, elas buscam porque o diabetes está lá em cima, porque a pressão né!?

- Atendimento de urgência: conversar com psicóticos que estão momentaneamente desorganizados, desmistificar as crises que eles têm.

Segundo Flávia, os trabalhos de grupo atende demanda da população, porque é possível perceber as transformações na vida das pessoas, mas não atende a expectativa das pessoas que desejam ser atendidas individualmente. Entretanto também relata que não tem certeza se iria aderir a tratamentos em grupo, embora compreenda o objetivo do SUS ao propor intervenções coletivas.

A psicóloga afirma que as atividades desempenhadas pelo psicólogo na Atenção Primária depende de autorização da gerência, certa vez tentou atender um grupo de mães em baixo de uma árvore, devido a falta de salas e foi censurada pelo gerente da unidade. Também foi questionada quando criou um grupo com o objetivo de atender crianças psicóticas: “Como você coloca crianças loucas juntas?”

Atividades que Flávia relatou que não realizaria na atenção primária:

Tentar seguir o protocolo, psicodiagnóstico e aquela coisa toda. As vezes para trabalhar a gente não precisa de um diagnóstico tão claro, essa coisa do exercício da subjetividade que eu acho que é o que falta na comunidade mais carente.

Atividades que gostaria de realizar na atenção primária, mas ainda não foi possível:

- Prevenção e promoção de saúde, afirma que não conseguiu fazer isto ainda porque precisa participar de muitas reuniões de equipe, para discussão de casos, o que ocupa quase metade da semana, além disso nunca ficou tempo suficiente em uma UBS, para conseguir triar todos os encaminhamentos que recebe, mais aqueles que já estavam na lista de espera, assim gasta boa parte de seu tempo realizando avaliação psicológica.

Há um grupo grande de pessoas para serem avaliadas, as reuniões de equipe são insuficiente para mostrar que avaliar não é a chave do negócio, que é preciso qualificar a demanda, a equipe não faz anamnese de saúde mental, ao receber um encaminhamento da escola, por exemplo, não perguntam o motivo do encaminhamento (...) ainda estou reunindo todas as crianças para fazer mini-diagnósticos, para poder fazer encaminhamentos, o trabalho esta muito no começo (...) há sim demanda de crianças que precisam de atendimento individual e semanal, mesmo que não seja do psicólogo alguém que olhe para ela e de a oportunidade de brincar e se expressar.

Atividades que gostaria de realizar:

- Prevenção e promoção de saúde;
- Articulação com outros setores.

Desafios do trabalho do psicólogo na atenção primária: A psicóloga enumera os seguintes desafios para o trabalho na Atenção Básica:

- Tamanho e a abrangência da demanda;
- Cristalização do serviço público, a psicóloga relata os profissionais da atenção primária tem do medo de mudanças;
- A relação conflituosa entre funcionários estatutários e contratados por Organizações Sociais;
- A necessidade das UBS fazerem algum tipo de avaliação institucional, para verificar como a equipe lida com as situações;
- O contexto institucional do NASF “estar e não estar na equipe ao mesmo tempo”;
- Trabalhar em equipe e partilhar informações.

CAPÍTULO VI: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A trajetória profissional da psicóloga Adriana, no que se refere ao motivo pelo qual escolheu a psicologia como profissão, destoa do “padrão de estudantes” descrito pela literatura, pois ela não tinha como foco de atuação o trabalho clínico ao ingressarem na faculdade. Segundo Dimenstein (2000) a predominância da prática de psicoterapia individual é a atividade que identifica o psicólogo enquanto profissional para o público em geral, e é por esta razão que; as pessoas que buscam o curso de psicologia o fazem com a intenção de se especializarem no trabalho da clínica-tradicional e não em outras áreas como, por exemplo, a da saúde.

Flávia inicialmente segue o percurso “tradicional” do psicólogo, ou seja, ingressa na faculdade de psicologia porque identifica o psicólogo por meio de seu fazer clínico-tradicional, logo tem como foco esse tipo de atuação, e ao longo da graduação manteve interesse exclusivo por esta área da psicologia.

Cabe pontuar aqui que Flávia decidiu cursar psicologia após a vivência de um processo terapêutico, por esta razão, pode-se dizer que a terapeuta de Flávia foi um modelo de identificação profissional importante, a partir do qual ela se apropriou de algumas características profissionais, por meio do processo de identificação, o que contribuiu para a construção de sua primeira identidade profissional: psicóloga clínica-tradicional.

Quando Flávia era recém formada, fez um aprimoramento na área de Psicologia Hospitalar, pois recebia uma bolsa que lhe permitia manter seu consultório privado, assim ingressou na saúde pública primeiramente como aprimoranda e em outro momento como psicóloga da Atenção Básica, essa inserção na saúde coletiva ocorreu devido a uma determinação do mercado de trabalho; inicialmente ela não possuía clientes em número suficiente para remunerá-la de forma satisfatória.

Até este momento da trajetória profissional de Flávia ela “reproduz” a trajetória dos profissionais de psicologia descrita na literatura, pois alguns autores¹¹ relatam que um dos motivos que levam os psicólogos a buscarem outras áreas de atuação, para além da clínica-tradicional, é falta de clientes para psicoterapia, uma vez que as clínicas privadas passaram a ser menos procuradas a partir da década de 1980 com o empobrecimento da classe média brasileira.

É importante ressaltar aqui que a partir do momento em que Flávia se inseriu na Atenção Básica, sua trajetória passou a destoar daquelas descritas pela literatura - no qual os psicólogos transportam o modelo de atendimento clínico tradicional para os serviços públicos de saúde sem adaptá-lo a realidade de atendimento no SUS - e se

¹¹ Entre eles: Carvalho & Yamamoto (1999), Pereira e Pereira Neto (2007), Dimenstein (1998) e Miriani (2005).

aproximar da trajetória da outra participante desta pesquisa, pois passou a estudar sobre o SUS e buscar outras possibilidades de intervenções psicológicas para além da prática da psicoterapia individual.

Na seqüência vamos retomar a análise da trajetórias de Adriana.

Adriana começou a se interessar por saúde coletiva no decorrer da graduação e por esta razão buscou atividades extracurriculares nesta área e progressivamente foi aprofundando seus conhecimentos sobre saúde coletiva, o que influenciou sua escolha por realizar estágios em instituições de saúde. Ao concluir a graduação, já compreendia o funcionamento do SUS bem como seus princípios.

Embora que Adriana tenha realizado trabalhos na área da Saúde Coletiva assim que concluiu a graduação, estas atividades não a remunerava o que a mantinha atuando como profissional liberal na clínica privada, por outro lado as atividades que realizou na campo da saúde pública a possibilitou adotar um posicionamento crítico sobre a atuação do psicólogo no SUS.

Logo nota-se que Adriana teve a oportunidade de se preparar para atuar na área da saúde no decorrer da graduação, mas a via prioritária para que isso acontecesse foi a realização de atividades extracurriculares.

Até aqui se pontuou a diferença de objetivo de atuação das duas psicólogas entrevistadas ao ingressarem na faculdade de psicologia e ao longo da graduação, ou seja, Flávia ingressou na graduação com a meta de atuar na clínica-tradicional e este foi o foco de sua formação, enquanto que Adriana não havia eleito um foco de trabalho antes de ingressar na faculdade de psicologia, o que só veio a ocorrer ao longo de sua trajetória acadêmica ao entrar em contato com a área da saúde principalmente por meio de atividades extracurriculares.

Pode-se dizer que ao contrário de Flávia, Adriana não um modelo de identificação profissional ao ingressar na psicologia, desta forma a construção de sua identidade profissional ocorreu com base nas experiências que teve ao longo da graduação e depois de formada ao atuar na área da Saúde.

Segundo Bock (2002):

É a atividade que constrói a identidade. A predicação, é a predicação de uma atividade anterior, que "presentifica" o ser. Entretanto, pelo fato de estarmos inseridos nas organizações, a ação é fragmentada. Eu sou o que faço naquele momento, e não é possível repor o tempo todo minhas outras facetas.

Ao analisarmos a trajetória das profissionais Flávia e Adriana, no período posterior a graduação e de inserção no mercado de trabalho, pode-se notar uma contradição; Adriana que se preparou ao longo da graduação para atuar na Saúde Coletiva ingressou no mercado de trabalho inicialmente na clínica privada, embora realizasse trabalhos não remunerados no âmbito da saúde, enquanto que Flávia, que almejava atuar na clínica-tradicional, desde sua escolha pela profissão, precisou ingressar na Saúde para manter seu consultório, tal contradição demonstra que um dos determinantes que influenciam a atuação profissional do psicólogo é o contexto social de sua inserção no mercado de trabalho.

Adriana apesar da dificuldade para se inserir na Saúde Pública devido ao fato de ter não tido concursos públicos logo após sua formatura, conseguiu se inserir formalmente na Atenção Básica com a implantação do NASF, e nesta ocasião já possuía um embasamento teórico que lhe permitia vislumbrar o trabalho no SUS, embora nunca tivesse atuado na Atenção Básica. Ao passo que Flávia quando ingressou na Atenção Primária desconhecia o trabalho do psicólogo neste âmbito de atuação, bem como os princípios que orientam o SUS, entretanto é partir deste momento que começou ocorrer a formação em serviço de Flávia.

Nenhuma das pessoas entrevistadas para esta pesquisa, relatou ou expressou algum nível de preocupação com a função social da profissão no momento de escolha pelo curso de Psicologia, o que ao longo da vida profissional de Flávia foi se modificando, no caso da Adriana essa transformação começou a ocorrer durante a graduação quando começou a estudar Saúde Coletiva e a refletir sobre políticas públicas.

Antes de ingressar na faculdade de Psicologia apenas Flávia expressou possuir uma imagem a priori da Psicologia enquanto profissão, na qual a “figura” do psicólogo se confundia com a do terapeuta, a construção de tal imagem da Psicologia têm como um de seus determinantes o fato dela ter sido beneficiada pelo modelo de atendimento clínico-tradicional da Psicologia, conforme podemos observar no relato abaixo:

Eu decidi fazer psicoterapia porque eu achei que eu estava muito mal, e ao iniciar o processo terapêutico eu conheci a profissão de psicólogo, e aí eu falei é isso que eu quero fazer!

Nota-se que para Flávia a imagem do psicólogo estava sobreposta à imagem do psicoterapeuta, o que influenciou suas escolhas na graduação, bem como sua

atuação profissional inicial, entretanto ao se inserir na Atenção Básica e se deparar com a realidade da Saúde Pública, na qual a demanda da população usuária é muito grande, Flávia desconstruiu tal imagem do psicólogo, e se apropriou de uma nova identidade profissional, na medida em que foi atuando na Atenção Básica e compreendendo o contexto do SUS, o que a permitiu construir nova imagem da profissão, que não está sobreposta nem limitada à psicoterapia.

Pode-se dizer que identidade profissional de Flávia se transformou porque esta psicóloga passou a atuar a partir de uma nova perspectiva, ou seja, o objetivo de seu trabalho passou a ser prevenção e promoção de saúde, e para atingi-lo passou a realizar um trabalho na Atenção Básica diferenciado do fazer clínico-tradicional.

Segundo Ciampa (1987), identidade é metamorfose, ou seja, a identidade mantém-se em processo de mudança “é a articulação da diferença e da igualdade” (p.138).

Flávia modificou o seu “fazer” ao ingressar na Atenção Primária, entretanto ela afirmou que seu conhecimento sobre psicologia clínica serviu de base para que ela pudesse pensar práticas coerentes com o contexto de atendimento na Atenção Básica.

Adriana não havia construído uma imagem definida da profissão ao ingressar na faculdade de psicologia, apenas possuía algumas expectativas, Adriana relatou que escolheu a psicologia por acreditar que o psicólogo possui boa inserção no mercado de trabalho.

Adriana sobrepõe a imagem do psicólogo à do profissional de saúde, assim pode-se dizer que construiu uma imagem de sua profissão que converge com aquela construída por Flávia depois de ingressar na Atenção Primária, pois também acredita que o psicólogo precisa pensar sua atuação a partir de um conceito amplo de saúde, na concepção de Adriana:

Para ter saúde a pessoa precisa trabalhar, estudar, ter uma casa bacana, ter emprego, ter amigos, e aí ao trabalhar dentro desta perspectiva eu preciso articular com outros setores.

Adriana começou sua formação em saúde ainda na graduação, por meio de uma Iniciação Científica sobre o tema HIV/AIDS, tal experiência foi um marco em sua trajetória profissional, pois lhe permitiu entrar em contato com a Saúde Pública ainda na graduação, bem como refletir e participar de discussões sobre Políticas Públicas de Saúde, em conjunto com outros estudantes de psicologia, sendo estes da pós graduação. Adriana também optou por realizar estágios e disciplinas na área da saúde

o que contribuiu para sua formação em saúde.

Após concluir a graduação realizou atividades que envolvia o psicólogo na área da saúde, em conjunto com sua ex-orientadora de Iniciação Científica, e continuou estudando temas relacionados à saúde coletiva, ingressou no mestrado e lá deu continuidade a sua formação em saúde.

Assim nota-se que a formação acadêmica de Adriana lhe permitiu se apropriar de um conceito amplo de saúde, e a construir uma imagem do profissional de psicologia atrelada a do profissional de saúde, por essa razão a identidade profissional de Adriana não fica abalada e ela não se sente desvalorizada ao propor e realizar atividades com o objetivo de prevenir doenças e promover saúde, mesmo quando estas não são atividades realizadas tradicionalmente pelo psicólogo. Pelo contrário Adriana defende em seu relato que o psicólogo precisa propor ações coletivas contextualizadas.

É importante mencionar aqui a queixa de Adriana em relação aos psicólogos com que se depara no âmbito da Atenção Primária, segundo ela muitos destes profissionais receberam formação com enfoque clínico, e tendem a “ir nesta direção mesmo vindo para Atenção Primária, a entrar neste esquema, de achar que todo mundo tem que fazer psicoterapia individual e sem tempo definido”.

Nota-se que estes profissionais, mencionados por Adriana, mantêm a identidade profissional do psicólogo clínico-tradicional, portanto não se apropriaram do conceito amplo de saúde que é preconizado pelo SUS e ainda trabalham na perspectiva do atendimento individual.

Outro apontamento importante feito por Adriana é que os psicólogos com que se depara na Atenção Primária assumem uma postura reflexiva, mas como a maioria deles tiveram uma formação clínica, na qual se defendia que o psicólogo não pode determinar o caminho do outro, tais profissionais têm dificuldade para encaminhar ações concretas. Adriana afirma ainda que a organização dos currículos de psicologia, não aborda uma visão ampla de saúde, por essa razão quando é solicitado que o psicólogo inserido na Atenção Primária realize uma intervenção não clínica ele se sente desvalorizado. Adriana relata ter ouvido a seguinte afirmação: “Eu não fui formada para fazer passeio, não fui formada para passear, me nego a fazer isso!”

Estes relatos de Adriana revelam que a imagem do profissional de psicologia ainda esta muito atrelada a do psicoterapeuta, assim os psicólogos têm dificuldade de reconhecer-se enquanto tal, fora do setting terapêutico tradicional.

Ao contrário de Adriana, Flávia focou toda sua formação acadêmica na clínica

tradicional, logo, sua formação em saúde ocorreu em serviço, ao entrar em contato com os usuários e com os demais profissionais de saúde. Embora tenha se preparado para atuar exclusivamente na clínica tradicional, ao perceber que se optasse por realizar atendimentos individuais muitas pessoas ficariam sem assistência psicológica, Flávia passou a refletir sobre seu trabalho e a buscar novas possibilidades atuação, sendo estas sincronizadas com princípios do SUS.

Ao iniciar este trabalho, observou-se na literatura a crítica feita aos cursos de Psicologia, que desde o período de regulamentação da profissão prepara os alunos para atuarem prioritariamente na clínica tradicional.

O enfoque clínico-tradicional ainda é uma característica expressiva dos cursos de Psicologia no Brasil, mas pouco tem se discutido sobre a formação do psicólogo que ocorre em serviço, a mudança de perspectiva de Flávia é um indicador de que é possível construir uma atuação comprometida com as Políticas Públicas de Saúde apesar do déficit da formação acadêmica do psicólogo brasileiro, no que se refere à preparação para atuação no SUS. Além disso, foi possível observar no relato das duas psicólogas entrevistadas que ambas aprimoraram seus conhecimentos sobre saúde por meio da prática profissional nesta área.

No relato de Adriana percebe-se que a relação afetiva que esta psicóloga mantém com a Saúde Coletiva a motiva a estudar, a pensar e repensar suas práticas em saúde, de modo a manter-se em um constante processo de formação.

Tanto Flávia como Adriana relataram sentir-se sozinhas na Atenção Básica. A primeira porque ao ingressar na AB não conseguia vislumbrar o trabalho a ser feito. É importante pontuar aqui que neste momento Flávia ainda mantinha a identidade profissional do psicólogo clínico, é possível que por esta razão tenha sentido falta de um modelo pré-estabelecido de ação, como aquele existe para a trabalho na clínica privada.

Adriana quando relata sentir-se sozinha, se refere á dificuldade de articulação com os psicólogos dos níveis de atenção mais especializados, Flávia também relatou tal dificuldade, embora não tenha afirmado sentir-se sozinha na Atenção Básica por este motivo.

A impotência, segundo Adriana é um sentimento comum aos profissionais da AB, pois “a gente [os profissionais da AB] não lida com a morte concreta da pessoa, mas a gente lida com a impotência em relação à vida destas pessoas, o que traz muito sofrimento para os profissionais”.

A fala de Adriana revela que a vivência de tal sentimento de impotência

interfere na atuação dos profissionais da AB, uma vez que para evitar o sofrimento os profissionais da AB evitam entrar em contato com seus afetos e “enrijecem”, segundo ela, é por esta razão que os trabalhadores da Atenção Básica param de refletir sobre o seu trabalho, assim “se desumanizam” e deixam de construir novas práticas de saúde.

Embora Flávia não tenha apontado o sentimento de impotência como causa desta negação, por parte dos profissionais da saúde, em construir novas práticas, esta psicóloga também aponta a “rigidez” dos trabalhadores da saúde como um empecilho para renovação das práticas em saúde.

Assim nota-se que a atuação do profissional na Atenção Básica é “atravessada” também por dificuldades decorrentes da realidade social da população atendida, e não apenas por aquelas decorrentes de um déficit da formação, pois mesmo os profissionais que trabalham com o conceito amplo de saúde têm dificuldade para atuar, uma vez que a prevenção e a promoção de saúde esta intimamente ligada a determinantes sociais, sobre os quais os profissionais da Atenção Básica não têm controle, e por esta razão passam a sentir-se impotentes.

Segundo Lima (2005), antes de se propor intervenções na Atenção Básica é preciso “identificar os problemas que requerem atenção prioritária na comunidade”, daí a importância de caracterizar a população atendida.

Adriana relata que antes de ser supervisora de equipes NASF, quando ainda atuava como psicóloga na Atenção Básica, a população atendida por ela vivia em uma região com alto índice de pobreza e violência.

Flávia já atuou em três serviços diferentes, na primeira UBS onde trabalhou (no interior de SP) e no primeiro NASF em que atuou (na capital) a população atendida possuía características parecidas com aquelas mencionadas por Adriana, o que ela traz de novo é que no NASF onde trabalha atualmente a população atendida não possui renda tão baixa, são pessoas que já tiveram plano de saúde privado e estavam habituadas a receberem atendimento no do modelo ambulatorial.

A psicóloga Flávia aponta para uma questão importante, os usuários de baixa renda aderem ao modelo de atendimento da Atenção Básica, e aceitam participar de intervenções em grupo, enquanto a população que não é tão pobre se recusa a participar de atendimentos não individualizados.

Adriana apontou em seu relato características do contexto institucional da Atenção Básica, em São Paulo, que influenciam a atuação dos profissionais da equipe NASF. Assim que ingressou na AB Adriana observou que a formação dos profissionais da equipe multiprofissional do NASF é deficiente, pois quando entrou na equipe o

NASF estava em fase de implantação na cidade de São Paulo, e as pessoas contratadas para compor estas equipes, na maior parte dos casos, não conheciam o SUS e imaginavam que iriam fazer atendimento ambulatorial, o que contrária o objetivo da Atenção Primária.

Carpintéro (2009) aponta que:

A formação de nossos profissionais como uma dificuldade, um desafio. É uma formação para SUS? Isso não é exclusivo de nenhuma categoria da área da Saúde. A maioria das nossas universidades ainda não está formando para o SUS, salvo raríssimas exceções (p.14).

Logo, não são apenas os psicólogos que ingressam na Atenção Primária com uma formação deficiente, os demais profissionais da saúde também têm sua formação focada no modelo clínico, individual e privatista, o que implica em uma dificuldade destes profissionais de realizar na Atenção Básica um trabalho que compactue com os princípios e diretrizes do SUS.

Segundo Adriana, a implantação do NASF na cidade de São Paulo inicialmente causou um “mal estar” nas UBS, pois os profissionais da equipe de apoio, que ali estavam há dez anos, foram mandados embora, para que as equipes NASF pudessem entrar, como as equipes de apoio faziam atendimento ambulatorial, os funcionários da UBS ficaram com a sensação de que a equipe NASF entrou na Atenção Primária, mas não iria trabalhar.

A situação descrita cima, explicita as implicações da deficiência na “formação para o SUS” dos trabalhadores da Saúde, pois tal relato nos remete a dificuldade desses profissionais de compreenderem a Política Pública que estava sendo implantada - se é que em algum momento eles receberam informações adequadas sobre ela - e á falta de compreensão por parte destes funcionários, do modelo de atendimento que o SUS preconiza para a Atenção Primária, uma vez que esses profissionais concordavam com o modelo de atendimento realizado pelas equipes de apoio, embora que tal atividade deva ocorrer em outro nível de atenção, segundo a estrutura de funcionamento do SUS, e por isso estes profissionais se negavam a discutir os casos com a equipe NASF.

Flávia ao descrever o contexto institucional da Atenção Básica, também tratou desta questão dos atendimentos ambulatoriais, mas não falou sobre a questão da formação, ela trouxe outra informação relevante, que é a produção da UBS, por meio de seu relato nota-se a contradição existente no SUS, pois apesar do SUS preconizar a realização de atividades de prevenção e promoção de saúde, o envio de verbas para

as unidades de saúde depende do registro da produção que é feito com base no CID (Código Internacional de Doenças), conforme podemos observar no relato de Flávia abaixo:

A lógica de produção do SUS é terrível! Mas a unidade recebe por isto (...) então assim a gente não trabalha com diagnóstico, porque para lançar um atendimento individual, você tem que ter um código e tem que ter uma produção X, que se chama produção ambulatorial (...) [nessa lógica] se você esta fazendo promoção de saúde você não esta atendendo (...) A estrutura do SUS ainda é ambulatorial.

A psicóloga Flávia também abordou a questão da gestão, da hierarquia e da terceirização das equipes NASF, pois para ela ser funcionária de uma OS e da prefeitura ao mesmo tempo é uma situação delida.

A hierarquia existente na Atenção Básica, nos remete a dificuldade do profissional da saúde de saber a quem deve se reportar, se a supervisão de saúde ou a OS, Flávia relata que as duas “instituições” podem conceber o trabalho na Atenção Básica de formas diferentes, segundo ela há prefeituras que contrariando as diretrizes do SUS almejam realizar atendimento ambulatorial na UBS, e nem todas as OS, por razões políticas, conseguem se negar a fazer este tipo de trabalho.

Assim nota-se que a rivalidade entre os diferentes gestores, afeta a atuação dos profissionais da Atenção primária, até porque nos casos em que alguns dos gestores defendem o atendimento ambulatorial na Atenção Básica, os funcionários da acabam tendo que realizar um trabalho que não é coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

Percebeu-se por meio do relato de Flávia e de Adriana que há também certa rivalidade entre os profissionais NASF que estão no nível de Atenção Primária - e por tanto são funcionários públicos, mas não são estatutários - e os profissionais do nível da Atenção Secundária, ou seja, de especialidades – que são estatutários.

Na visão de Flávia, a não aceitação dos encaminhamentos de usuários, feitos pelos profissionais NASF, aos serviços de Atenção Secundária ocorre porque os funcionários deste nível de atenção são estatutários e recebem salários menores do que os das equipes NASF, que são contratados por OS.

Adriana entende que a não aceitação de encaminhamentos aos serviços especializados, ocorre por conta do déficit na formação dos profissionais deste nível de atenção, pois acredita que os profissionais do nível de Atenção Secundária não compreendem que tipo de atividade os profissionais NASF realizam na AB e por isso acreditam que os integrantes das equipes multiprofissionais deveriam realizar

atendimentos ambulatoriais.

Percebeu-se que outro fator do contexto institucional que influencia a atuação dos profissionais da AB são as relações interpessoais, Flávia pontuou as diferenças entre se inserir em uma equipe NASF em formação - no qual realizou um diagnóstico institucional em conjunto com os outros profissionais da equipe e em seguida pensam uma proposta de trabalho juntos - e ingressar em outra já estruturada – onde alguns vícios já foram criados, bem como tratou da questão da rivalidade entre os profissionais e da dificuldade de trabalhar em equipe e partilhar saberes.

A partilha de saberes envolve a questão da formação e dos limites de atuação de cada profissional, o que também esbarra na questão da identidade profissional dos funcionários da Atenção Primária.

A descrição da demanda da população atendida na Atenção Primária, segundo Flávia e Adriana, abrange duas características essenciais: a) a variedade de casos; b) a quantidade de pessoas que precisam de atendimento e/ou avaliação psicológica.

A dificuldade da AB de articular com outros níveis de atenção, faz com que grande parte da demanda por serviços psicológicos, na Atenção Primária, seja constituída por casos graves de Psicose, Esquizofrenia e Depressão, o que aponta para a necessidade do psicólogo na Atenção Básica se preparar para atender este tipo de demanda, de planejar intervenções em conjunto com a equipe, com o objetivo de acolher estas pessoas que ainda não conseguiram ser atendidas em outros níveis de atenção.

Adriana e Flávia possuem concepções convergentes sobre o papel do psicólogo na Atenção Básica, consideram que o psicólogo precisa aproximar os outros profissionais de questões relacionadas à saúde mental, bem como desmistificar tal fenômeno, conforme podemos observar nos relatos abaixo:

Na Saúde Mental as equipes de PSF acreditam que não é competência delas lidar com este fenômeno, que só o especialista pode fazer isso. Assim é preciso discutir e pensar com elas ações para desconstruir um pouco esse lugar, de que falar de Saúde Mental é só coisa de psicólogo ou psiquiatra, o que remete a dicotomia mente-corpo. Na verdade falar de saúde mental é falar da vida das pessoas, todos os profissionais PSF podem fazer isso (Adriana).

Para Flávia o papel do psicólogo na AB é:

Sensibilizar as equipes para questões subjetivas, não como eu daria conta, mas dar conta de parte disso, de fazer uma boa escuta, um bom acolhimento (...) convencer o gerente, os agentes comunitários a ir na casa do psicótico, a ir junto com você, porque o cara morre de medo.

As duas psicólogas mencionadas acima também concordam que o papel do psicólogo na AB, é atuar com a intenção de prevenir agravos e promover saúde, para tanto já realizaram intervenções que destoam bastante do trabalho clínico tradicional, e que mesmo assim demanda conhecimentos específicos da Psicologia, como por exemplo; a realização de caminhada descrita por Adriana no relato abaixo:

Já entrei na caminhada, entrei na caminhada da equipe porque tinha um psicótico que era minha paixão, a “piração” dele era sair andando, então ele adorava andar, então eu pensei que talvez fosse legal ele andar na caminhada da área dele, já que ele gostava de andar, a gente dá um sentido para a caminhada dele, então durante um tempo eu ia na casa dele de manhã, com o agente comunitário, e a gente ia caminhar junto com as pessoas da comunidade, então eu cheguei a participar da caminhada um pouco nesse sentido, e eu tentava envolver ele com as pessoas para ele poder se socializar, para ele poder estar mais integrado aos vizinhos, então participei da caminhada um pouco com este objetivo.

Soa estranho afirmarmos que uma caminhada é uma intervenção psicológica, entretanto ao analisarmos o contexto da caminhada na qual a psicóloga se inseriu percebemos que tal ação é coerente com a demanda da população atendida e também com os princípios do SUS, pode-se dizer que está é uma ação específica do psicólogo, pois não estamos aqui nos referindo ao “caminhar pelo caminhar”, mas a uma atividade socioeconomicamente orientada e culturalmente organizada, a uma estratégia de ação contextualizada, caracterizando o que Lima (2005) denominou de Atuação Psicológica Coletiva.

Ao realizar intervenções incomuns na clínica-tradicional, mas que são planejadas, contextualizadas e demandam conhecimentos específicos da psicologia, as Psicólogas Adriana e Flávia não se sentem desvalorizadas e não sentem sua identidade profissional abalada, como ocorreu no caso descrito por Adriana em sua entrevista, veja o relato abaixo:

O modo como está o currículo das universidades de psicologia, eu acho que dificulta muito o trabalho na atenção primária, que seja mais interventivo que tenha uma proposta comunitária, uma proposta mais ampla, de cuidado, de considerar cuidado de um jeito muito mais amplo, cuidado pode ser artesanato, uma caminhada, pode ser um passeio. E eu sinto que para alguns psicólogos isto parece como se fosse uma certa desvalia para a formação dele, né!? Eu já ouvi isso: Eu não fui formada para fazer passeio, não fui formada para passear com as pessoas, me nego a fazer isso! (Adriana)

Consta na literatura¹² que há uma tendência dos psicólogos brasileiros a reproduzirem o modelo de atendimento da clínica tradicional no âmbito da saúde coletiva.

Observou-se nesta pesquisa que as atividades realizadas na Atenção Primária pelas psicólogas Adriana e Flávia, não tomam como base o modelo da clínica-tradicional, pelo contrário estão em sintonia com a proposta do SUS de universalidade, integralidade e equidade, além de ter como objetivo a prevenção e a promoção de saúde.

Quando Flávia e Adriana foram questionadas sobre quais atividades gostariam de realizar na AB, ambas disseram que gostariam de realizar trabalhos articulados com outros setores, como por exemplo; cultura, educação, trabalho etc. Entretanto afirmam que não têm tempo disponível para realizar tal trabalho, o que nos faz pensar que a sobrecarga destes profissionais, os impede de ter tempo para pensar e construir novas práticas de saúde.

Adriana e Flávia apontam a demanda como um desafio importante no trabalho na Atenção Primária, pois é ela muito grande e diversificada.

As psicólogas, também apontaram para a necessidade de se realizar uma análise institucional na Atenção Básica, pois entendem que a desumanização na Atenção Primária ocorre porque os “profissionais não se pensam”, elas consideram que os trabalhadores deste nível de atenção precisam verificar como a equipe lida com as situações relacionadas a questão da Saúde Mental, uma vez que percebem que o serviço está cristalizado e os profissionais enrijecidos e por isso não promovem mudanças.

Embora Adriana tenha relatado em sua entrevista que há dificuldades na relação entre gestores de UBS e do NASF, apenas Flávia afirmou que a rivalidade entre os funcionários estatutários e os contratados pelas OS's, existente no contexto institucional da AB, é um desafio para o trabalho do psicólogo neste nível de atenção.

¹² Spink 2007; Bernardes 2004; Campos 2007; Dimenstein, 1998, 2000 e 2001; Carvalho & Yamamoto 1999; Weber 1982; Yamamoto 1998 e 2002 entre outros.

CAPÍTULO VII: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para falarmos sobre a formação-atuação do psicólogo que atua no SUS, mais especificamente na Atenção Básica da cidade de São Paulo, partimos da história da saúde no Brasil, na qual observou-se a prevalência do modelo assistencialista curativo/intervencionista centrado na figura do médico até a década de 1980, quando teve início o processo de implantação do SUS no Brasil, após o advento da constituição de 1988, que oficializou nosso atual sistema de saúde tendo como base as conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Embora que atualmente o SUS tenha uma proposta que abranja os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, e que por esta razão tenha se estruturado em três níveis de atenção, seu funcionamento ainda é ambulatorial. Conforme observou-se no relato de Flávia, sobre o contexto institucional do SUS, este fato influencia a atuação do psicólogo na Atenção Básica, porque se as verbas destinada as UBS depende de uma produção que é registrada com base no CID, as práticas de prevenção e promoção de saúde não podem ser contabilizadas pelo sistema, o que de certo modo incentiva o psicólogo a realizar atendimento clínico.

O segundo capítulo deste trabalho abordou o processo de profissionalização da psicologia e a formação do psicólogo no Brasil. Para Dimenstein (2000), os currículos do curso de Psicologia enfatizam o modelo clínico liberal privatista e devido à hegemonia da atuação clínica, as pessoas que procuram o curso de psicologia o fazem com a intenção de também trabalhar nesta área. Entretanto a formação com enfoque clínico não é uma característica apenas dos cursos de psicologia, segundo Carpintéro (2009), esta é uma característica de todos os cursos que formam profissionais da saúde. As psicólogas Adriana e Flávia também abordaram esta questão em suas respectivas entrevistas, logo, nota-se que esta característica da formação dos profissionais de saúde é um dos determinantes da atuação do psicólogo na Atenção Primária, uma vez que ele está inserido em uma equipe multiprofissional que em muitos casos tem dificuldade de partilhar saber e realizar ações em conjunto com outros profissionais.

O terceiro capítulo deste trabalho discorreu sobre a inserção e a atuação do psicólogo na Atenção Básica, e apontou para a dificuldade de se encontrar textos que discorram sobre as práticas do psicólogo inserido na Atenção Básica na cidade de São Paulo, entretanto Lima (2005) apresentou a proposta da Atuação Psicológica Coletiva, que aponta para a necessidade de se planejar a intervenção psicológica, com base nos conceitos construídos pela psicologia ao longo de tempo, de forma contextualizada e articulada com as Políticas Públicas de Saúde.

Ao iniciar este trabalho, partiu-se da premissa de que a formação em psicologia no Brasil – que é voltada para a clínica tradicional - não prepara os futuros

profissionais para atuar no âmbito da Atenção Primária, bem como da Saúde Coletiva de modo geral. De fato esta foi uma queixa da entrevistada Adriana que não ingressou na faculdade de psicologia com a intenção de atuar na clínica-tradicional. A graduação com enfoque clínico também foi uma característica da formação em psicologia vivenciada por Flávia, mas como ela tinha a intenção de ser psicóloga clínica, não apontou este fato como sendo um problema da formação em psicologia.

Ao observarmos a trajetória profissional das psicólogas que participaram deste trabalho, constatamos que a Formação em Saúde destas profissionais teve início a partir da inserção delas na área da saúde, no caso de Adriana esta inserção ocorreu durante a graduação por meio de atividades extracurriculares, a quando realizou pesquisa na área da saúde.

Flávia só iniciou sua Formação em Saúde após concluir a graduação, quando ingressou no aprimoramento de Psicologia Hospitalar, entretanto tal experiência não foi muito significativa para a psicóloga que continuou firme no seu propósito de atuar na clínica tradicional, até o momento em que ingressou na Atenção Básica. A partir de então foi possível a Flávia redirecionar sua trajetória profissional.

Ao ingressar na Atenção Primária Flávia vivenciou uma crise de identidade¹³ profissional, pois mantinha a identidade profissional do “psicólogo clínico-tradicional”, entretanto ao se inserir na Atenção Básica e se deparar com o contexto de atendimento no SUS e com um grande número de pessoas na fila de espera por atendimento psicológico, a psicóloga passou a buscar novas possibilidades de atuação, e a construir um “novo fazer” na psicologia, assim Flávia pode construir uma nova identidade profissional a de “psicóloga: profissional da saúde”. A outra participante desta pesquisa não vivenciou este processo de crise, uma vez que não pretendia formar-se para atuar na clínica-tradicional.

Por vias distintas, as psicólogas entrevistadas construíram uma identidade profissional atrelada a do profissional da saúde, assim se apropriam da função social deste profissional, que é realizar prevenção promoção e recuperação da saúde, por isso as práticas que as participantes desta pesquisa relataram que realizam no SUS são coerentes com os princípios deste sistema, e além disso, foram planejadas a partir de um conceito ampliado de saúde que levou em conta o contexto e a demanda da

¹³ Segundo Bock (2002), crise de identidade “são momentos, períodos importantíssimos da vida de uma pessoa em que ela procura, com maior ou menor grau de consciência desta crise, redefinir ou ratificar seu modo de ser e estar no mundo (...) embora marcada por intensa ‘turbulência interna’, essa crise pode significar – e, na maioria das vezes o é – um período de confusão criadora (...) de tudo isso produz-se alguém novo” (p.207-208).

população atendida. Cabe ressaltar aqui que Flávia e Adriana se depararam com outras psicólogas inseridas na Atenção Básica, que ainda atuam com base no modelo tradicional da psicologia e que se recusam a pensar e a executar práticas que destoam do modelo clínico-tradicional.

Observou-se, nos relatos das entrevistadas, que não há uma relação linear entre formação acadêmica e atuação do psicólogo na Atenção Básica, pois ao mesmo tempo em que elas foram planejando suas ações no âmbito da saúde, e por tanto criando e se apropriando de práticas não tradicionais na psicologia, ocorreu a Formação em Saúde destas psicólogas.

Na mudança da perspectiva de atuação profissional de Flávia, ficou mais evidente esse processo de formação por meio da ação, entretanto todas as psicólogas que participaram desta pesquisa vivenciaram experiências na área da saúde que lhes possibilitaram algum aprendizado em saúde, esse processo teve início para Adriana ainda na época da graduação, por meio das atividades extracurriculares que realizaram na área da saúde.

Dimenstein (2000), descreveu aquilo que denominou de ciclo vicioso na Psicologia, segundo esta autora, as pessoas que procuram o curso de psicologia o fazem porque reconhecem o psicólogo por meio de sua atuação na clínica-tradicional, e fazem esta escolha com a intenção de também atuar na clínica individual, e é este tipo de atuação que almejam aprender na faculdade. A partir desta lógica, pode-se formular a seguinte hipótese: na medida em que os profissionais da Atenção Básica vão construindo um “novo fazer” em psicologia, tais práticas irão se consolidar, e ao mesmo tempo o público em geral passará a reconhecer o psicólogo por meio delas.

Logo não é apenas a alteração dos currículos de psicologia que possibilitará uma formação consistente em saúde ao psicólogo (embora que tal mudança no currículo seja necessária), cabe ao psicólogo inserido no SUS uma intervenção no ciclo, descrito por Dimenstein, o que é possível por meio de sua atuação AB, pois na medida em que o psicólogo se propõe a realizar práticas diferenciadas do trabalho clínico-tradicional de forma eficaz e coerente com os objetivos do SUS, este outro fazer da Psicologia será socialmente reconhecido e disseminando no meio acadêmico com mais propriedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRIANI, A. G. P. & ROSA, E. Z. Psicologia Sócio-Histórica: Uma tentativa de sistematização epistemológica e metodológica. In KAHHALE, E. M. P. (org.) *A diversidade da psicologia uma construção teórica*. São Paulo: Cortez editora, 2002, p.259-288.

ABRAHÃO, J. C. S. A confederação nacional de saúde no Brasil (CNS) e o sistema de saúde. In, AMORIM, M. C. S. & PERILHO, E. B. F. (org.) *Para entender a Saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE editora, 2006, p. 10-23.

AGUIAR, W. M. J. & OZELLA, S. *Núcleos de Significação como instrumento para Apreensão da Constituição de Sentidos*. São Paulo: Psicologia Ciência e Profissão p. 222-243, 2006.

ANDRADE, L. O. M. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C. e et al (org.). *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. São Paulo: Hucitec, 2007, 2ª ed., p. 25-35.

CARPINTÉRO, M. C. C. Implantação dos NASF's e Gestão Municipal de Saúde. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org.) *NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Cadernos temáticos CRP SP. São Paulo: CRP SP, 2009, p. 13-16.

CIAMPA, A. C. A Estória do Severino e a História da Severina: Um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Editora Brasiliense, 6ª reimpressão, 1998.

CONASS. Atenção Primária e Promoção de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. In.: *Coleção Progestores – Para atender a gestão do SUS*, vol. 8. Brasília, 2007.

BERNARDES, J de S. O debate atual sobre a formação em Psicologia no Brasil análise de documentos de domínio público. Estudos e Pesquisas em Psicologia/Comunicação de Tese, 2004. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v3n2/artigos/comunicitesev3n2.html>. Acessado em 25/04/2010.

BOCK, A. M. B, FURTADO, O. & TEIXEIRA M. L. T. *Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia*, São Paulo: Saraiva, 13ª edição, 2002.

BRASIL. O SUS de A a Z, disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=287&letra=A, acessado em 25/04/2010.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006, dispões sobre a Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria nº 154. Dispõe sobre a regulamentação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2008.

BRASIL. Lei nº 5.766. Dispões sobre criação dos Conselhos federal e regionais de Psicologia. Rio de Janeiro, 1971.

BRASIL. Decreto nº 53.464. Dispõe sobre as funções do psicólogo. Rio de Janeiro, 1964.

BRASIL. Portaria 272 referente Decreto 9092, Dispões sobre a regulamentação da Psicologia enquanto profissão. Rio de Janeiro, 1946.

CAMPOS, G. W. S. & DOMINITTI, A. C. Apoio matriacial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, nº2, fev. 2007.

CAMPOS, F. C. B. & GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In.: SPINK, M. J. P. (org) *A psicologia em diálogo com o SUS prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 81-13.

CARVALHO, B. & YAMAMOTO O. H., Psicologia e saúde: uma análise da estruturação de um novo campo teórico-prático. Porto Alegre: PSICO., v. 30, nº 1, p. 5-28, jan./jun., 1999.

DIMENSTAIN, M & MACEDO, J. P. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional In: SPINK, M. J. P. (org.) *A psicologia em diálogo com o SUS prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 206-234, 2007.

DIMENSTAIN, M. D. B. O Psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. Maringá: Psicol. estud., v. n ° 2, p.57-63, jul./dez.2001.

DIMENSTAIN, M. D. B. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estud. psicol.* Natal, v. 5. n ° 1, p. 95-121, jun.2000.

DIMENSTAIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Natal: *Estud. psicol.* 1998 V. 3 nº1, 53-81.

GARCIA, A. S. "A inserção do psicólogo no SUS: Reflexões sobre a prática", 2006

LIMA, M. ATUAÇÃO PSICOLÓGICA COLETIVA: UMA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Maringá: Psicologia em Estudo, 2005, v.10, nº3, set./dez. p.431-440.

MARINHO, M. L., CABALLO, V. E. (Orgs.) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: ed. UEL, Granada: APICSA, 2001.

MIRIANI J. & FREITAS, M. Q. Práticas psicossociais nas unidades básicas de saúde: Reflexões a partir da psicologia social comunitária. Maringá: série documenta EICOS nº 17, 2005, p. 01-17.

MYAZAKI, M. Cristina O. S., DOMINGOS, Neidi Ap. Micelli, VALÉRIO, Nelson I., SANTOS, Ana Rita Ribeiro dos, ROSA, Luciana Toledo Bernardes da. *Psicologia da saúde: Extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa*. Psicologia USP. São Paulo, v. 13 nº 1, p. 29-53, 2002.

NETO, O. C. *O trabalho de campo como descoberta e criação*. In.: MINAYO, M. C. de S. Pesquisa Social Teoria, método e criatividade. São Paulo: Vozes, p.51-66, 1999.

PALOMBA, G. A., DUARTE, I. G, NUNES (cood.) 450 anos de história da medicina paulistana, São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004.

SOUSA, R. A. de and CARVALHO, A. M. *Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia*. Estud. psicol. Natal, v.8, nº 3. p. 515-523, dez.2003.

SPINK, M. J. P. A Psicologia em diálogo com o SUS prática profissional e produção acadêmica (org.). São Paulo, Casa do Psicólogo, 2007.

SPINK, M.J.P. Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TRAVESSO -YEPEZ, Marta. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol. estud.* Natal, v.6, nº 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.

VCCHIA, M. A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: Estudo sobre práticas e significações de uma equipe. Dissertação de mestrado, Botucatu, 2006.

YAMAMOTO, Oswaldo H. and CUNHA, Isabel M.F.F. de Oliveira. O psicólogo em hospitais de

Natal: uma questão preliminar. *Psicol. Reflex. crit.* v.11 n^o2, n^o 345-362, 1998.

YAMAMOTO, Oswaldo H., TRINDADE, Luciana C. B. de Oliveira and OLIVEIRA, Isabel Fernaéz de. O Psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicol. USP.* v. 13, n^o 1, p. 217-246, 2002.

WEBER, S. e CARRAHER, T. N. Reforma Curricular ou Definição de Diretrizes? Uma proposta para o Curso de Psicologia. *Psicologia*, 8(1):1 - 13, dezembro de 1982.

Anexo I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O **objetivo** desta pesquisa é reunir informações que sirvam de subsídio para discutir a relação entre a formação dos profissionais psicólogos e a atuação destes no Sistema Único de Saúde, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, bem como realizar uma reflexão acerca da interface formação-atuação do psicólogo inserido no SUS.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas (a acadêmica Leda Souza do Nascimento e a professora orientadora Renata Paparelli, que podem ser localizadas na PUC-SP, Rua Monte Alegre 968, sala, T 52, Perdizes, Telefones: 3670 8320 / 3670 8521.

Será garantido a você e a qualquer participante deste trabalho a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, sem penalização alguma.

Não há despesas pessoais para o participante do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento antes, durante e após a entrevista.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, consinto em participar, na qualidades de sujeito, do estudo a ser desenvolvido referido neste termo, o qual inclui o registro da entrevista e a possível publicação dos resultados, garantindo-se o sigilo e o anonimato dos participantes, bem como a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, antes durante a entrevista, sem que haja penalização.

Participante

Testemunha

Leda Souza do Nascimento RG.: 40748264-7

Testemunha

Renata Paparelli RG: 22428214-1
