

## Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família

New meanings for the psychologist practice in the Family Health Program

Diogo Faria Corrêa da Costa<sup>1</sup>  
Vânia Maria Figuera Olivo<sup>2</sup>

**Abstract** *This paper aims to analyze some of the definitions associated with the psychologist's practice at the Family Health Program (FHP). To do so, it was developed a qualitative research using the content analysis method to work with the data collected from a semi-structured interview with 07 volunteer psychologists, from July to August of 2006, who work in specific FHP in Santa Maria, central region of Rio Grande do Sul state, Brazil. Some themes were selected and classified into two major categories: (1) identification/practice and education model of the psychologist; (2) new directions for the psychology practice in the FHP. According to the interviews, there is still the predominance of the clinical model in the psychology practice, with the support of the academic model of education, which results in some difficulties and adaptations. It is proposed, therefore, to discuss new directions for the psychology practice in primary health care as well as to indicate some suggestions for a possible change in the predominant model of health attention and in psychology practice.*

**Key words** *Family Health Program, Psychological practice, Interdisciplinarity*

**Resumo** *O artigo tem por objetivo analisar alguns sentidos associados com a atuação do psicólogo inserido no Programa Saúde da Família (PSF). Para tanto, foi realizada pesquisa qualitativa, seguindo o método de análise de conteúdo para o tratamento dos dados. O instrumento de coleta dos dados foi uma entrevista semi-estruturada com sete psicólogas voluntárias, no período de julho a agosto de 2006, que atuam em determinados PSF de Santa Maria, cidade na região central do Rio Grande do Sul. Foram selecionados alguns temas de maior recorrência, a fim de compor duas grandes categorias de análise: (1) modelo de identificação/atuação e formação do psicólogo; (2) novos sentidos para a atuação do psicólogo no PSF. De acordo com as entrevistas, predomina a identificação com o modelo clínico de atuação do psicólogo no PSF, tendo como respaldo o modelo acadêmico de formação, o que acarreta algumas dificuldades e adaptações advindas desses modelos. Propõe-se, então, discutir novos sentidos para a atuação do psicólogo na atenção básica, buscando uma atuação interdisciplinar, visando à maior integralidade da atenção, bem como apontam-se sugestões para uma possível mudança no modelo de assistência vigente e no modo de atuação dos psicólogos.*

**Palavras-chave** *Programa Saúde da Família, Atuação psicológica, Interdisciplinaridade*

<sup>1</sup> Centro Universitário Franciscano. Rua dos Andradas 1614, Centro. 97010-032 Santa Maria RS. diogofcosta@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM.

## Introdução

O debate acerca da importância da inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde vem crescendo nos últimos anos. Segundo Dimenstein<sup>1</sup>, tradicionalmente, a maioria dos recém-formados concentra sua atuação em clínicas de psicologia particulares, ocupados com avaliações psicológicas e psicoterapias, ou dirigem-se para os cursos de pós-graduação. Apesar de esse cenário estar, gradativamente, sendo alterado, enfrentamos certas dificuldades e resistências, mesmo sendo a saúde considerada um importante campo de atuação para o profissional da psicologia.

Considerando que a rede pública de saúde demanda novas experiências e competências tanto para a formação acadêmica dos futuros psicólogos quanto para os que já atuam na saúde, nesse sentido, há necessidade de pensarmos os modos de atuação do psicólogo em contextos que diferem significativamente daquilo que, usualmente, se está acostumado a fazer.

O Conselho Federal de Psicologia<sup>2</sup> elegeu 2006 como o ano para se discutir as contribuições que a psicologia pode oferecer à saúde pública, visando ampliar e fortalecer a presença do psicólogo nas diversas áreas da saúde, seja em postos, ambulatórios, hospitais, em capacitação e gestão de pessoal ou na direção de serviços. É necessário, para tanto, discutir a atuação do psicólogo nesses diversos campos da saúde, a fim de que sua prática possa ser condizente com as características do serviço onde está inserido.

Portanto, no presente artigo, pretende-se contribuir para esse debate, dirigindo nossa atenção para os possíveis modos de atuação do psicólogo na rede básica de saúde, mais especificamente, no Programa Saúde da Família (PSF), considerado a “porta” do sistema. Segundo Ministério da Saúde<sup>3</sup>, o PSF é “[...] uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde”. Dessa forma, o principal objetivo do PSF é, de acordo com Franco *et al.*<sup>4</sup>: “[...] a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital”. Cabe destacar, ainda, que nossa intenção não é problematizar o PSF em si, mas, sim, a atuação do psicólogo neste cenário e suas possíveis contribuições.

Sendo assim, se considerarmos que a implantação do PSF destina-se à mudança do tradicional modelo assistencial, cabe investigar como a atuação do psicólogo pode contribuir para a mudança

desse cenário. Benevides<sup>5</sup>, em artigo abordando as possíveis interfaces entre a psicologia e o SUS, traça algumas questões pertinentes para a discussão que pretendemos iniciar: [...] ***como fortalecer práticas profissionais que se co-responsabilizem com a saúde de cada um e com a saúde de todos sem separá-las? Quais as interfaces da Psicologia como campo de saber e, mais precisamente, dos psicólogos enquanto trabalhadores, com o Sistema Único de Saúde? Como pensar na atuação dos psicólogos ou nas contribuições da Psicologia se não incluirmos o mundo em que vivemos o país em que habitamos?***

Tais questionamentos nos remetem a refletir que não basta criar novos espaços de atuação profissional. É necessário, sobretudo, refletir sobre as formas de atuação nestes espaços que dizem respeito à promoção de práticas interdisciplinares na direção da integralidade da atenção à saúde. No campo da saúde mental, e mais especificamente, com o advento das políticas de saúde mental, é inquietante essa ausência do profissional de psicologia em um programa como o PSF, destinado, justamente, a reorganizar o modelo de assistência à saúde no Brasil. Essa problemática torna-se evidente no município de Santa Maria, região central do Rio Grande do Sul, onde foi realizada a pesquisa. Neste contexto, o modo de inserção dos psicólogos nos PSF é mediante trabalho voluntário, quando esses profissionais dedicam alguns dias e horas por semana para atuarem junto à equipe de trabalhadores, usuários e comunidade.

Frente à complexidade dos processos de construção de mudança de modelo de atenção à saúde, este estudo abre espaço para discutir a atuação do psicólogo na rede básica, considerando como seu núcleo de saber se dispõe em uma estratégia voltada ao trabalho em equipes e com as comunidades. Mais especificamente, nossa intenção é trazer para o debate, justamente, a importância do psicólogo na atenção básica à saúde, considerando a necessidade desse profissional nesse núcleo disciplinar para abordar outras formas de se pensar o processo saúde-doença. Segundo Gil<sup>6</sup>, os serviços de saúde não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). Para a autora, isso é decorrente da ausência da atuação do psicólogo e de outros profissionais de saúde neste cenário.

Portanto, torna-se cada vez mais importante a discussão sobre a necessidade da participação da prática do psicólogo na saúde, desde a atenção básica até os níveis mais complexos. Nesse sentido, concordamos com Dimenstein<sup>7</sup> quando men-

ciona que [...] **novas demandas de responsabilidade social estão sendo feitas aos psicólogos, o que nos leva ao questionamento de seus saberes, dos seus referenciais teóricos e dos seus modelos assistenciais e sua adequação à realidade do SUS.**

A problematização desse contexto nos remete a elaboração do seguinte problema de pesquisa, orientador do objetivo central do estudo: analisar quais os possíveis sentidos associados aos modos de atuação dos psicólogos no Programa Saúde da Família.

## Métodos

A estratégia metodológica utilizada foi o método de análise de conteúdo, mais especificamente, a investigação dos temas ou análise temática, pois, segundo Minayo<sup>8</sup>, “a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”. Outro fator de escolha deste método tem respaldo em Bardin<sup>9</sup> ao considerar a análise de conteúdo “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples”.

A coleta de dados foi através de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a sete (07) psicólogas inscritas em alguns PSF da Secretaria de Município da Saúde, de Santa Maria. Como temas norteadores da entrevista, consideraram-se a caracterização e concepção do modo de atuação; a importância da presença do psicólogo no PSF; a concepção de atuação interdisciplinar, enfatizando dificuldades; as concepções de como deveria ser tal atuação.

As participantes da pesquisa concordaram que as entrevistas fossem gravadas para, posteriormente, serem transcritas e analisadas, e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, em que constava a total privacidade e confidencialidade das mesmas. Portanto, as psicólogas foram classificadas numericamente, em ordem crescente da sequência das entrevistas: psicóloga 1, primeira entrevista, até psicóloga 7, última entrevista.

O artigo é composto por depoimentos das psicólogas, agrupados em duas grandes categorias, de acordo com os principais temas que emergiram após a análise temática: (1) modelo de identificação/atuação e formação do psicólogo; (2) novos sentidos para a atuação do psicólogo no PSF.

## Compreendendo o modelo de identificação/atuação e formação do psicólogo

### Identificação com o modelo clínico

A atuação dos psicólogos, ao iniciarem sua prática e inserção nos serviços de atenção básica à saúde, ainda permanece vinculada ao atendimento individual, em “consultórios particulares”, onde predomina o modelo de atendimento clínico, importado da graduação, e aplicado aos usuários de uma maneira geral. A atuação dos psicólogos, conforme vêm apontando Dimenstein<sup>1,7,10</sup>, Lima<sup>11,12</sup> e Benevides<sup>5</sup>, mantém-se identificada com esse modelo de reprodução da clínica psicológica.

Corroborando, portanto, o que Dimenstein<sup>7</sup> já constatava há alguns anos: [...] **muitas referências na literatura vêm apontar o fato de estar havendo uma transposição pura e simples do modelo hegemônico de atuação clínica do psicólogo para o setor público, seja postos, centros ou ambulatórios, independentemente dos objetivos dos mesmos e das características da população neles atendida, gerando com isso uma prática inadequada e descontextualizada.**

Essa forma de inserção da atuação dos psicólogos no PSF pôde ser identificada na maioria das entrevistas (5), em que se caracterizou a prática do psicólogo atrelada à clínica. Assim, na fala de uma das psicólogas: **Bom, eu acho que a minha prática, no momento, como é iniciante, está mais voltada para o atendimento clínico. Então, eu atendo crianças, adolescentes, adultos** (psicóloga 3). Ou, no trecho de outra participante: **O início, a demanda foi bastante clínica e aos poucos, e até por não ter tido psicólogos lá, eu acho que está existindo um autoconhecimento. Hoje, inserido em grupos e em todas as atividades que estão acontecendo** (psicóloga 7).

As demais psicólogas não iniciaram sua atuação através dos atendimentos clínicos individuais. Duas destacaram sua inserção no PSF em sentido contrário aos atendimentos individuais, ou seja, sua atuação concentrou-se, inicialmente, através de grupos com os usuários – grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes – para, posteriormente, surgir a demanda para os atendimentos clínicos individuais. De acordo com uma das psicólogas:

**Quando eu iniciei, a gente começou pelos grupos, me inseri em todos os grupos que tinham. Depois disso, parti para o atendimento individual. Estavam me pedindo nos grupos e a demanda estava grande para atendimento clínico, mas esse não era nosso objetivo inicial** (psicóloga 2).

Sendo assim, a porta de entrada do psicólogo na atenção básica ainda é a clínica, centrada nos atendimentos individuais ou grupais. Essa constata-

tação ficou bastante evidente nas entrevistas da maioria das psicólogas, em sintonia com o que Lima<sup>12</sup> defende em sua tese: [...] **um dos maiores desafios para a inserção dos psicólogos na área de saúde pública é a adequação da atuação psicológica aos objetivos específicos concernentes aos três níveis assistenciais de saúde: primário, secundário e terciário.**

Reforçando o que foi mencionado acima, constatou-se na fala de algumas participantes e durante as entrevistas, o quanto o trabalho na atenção básica ainda é novo para os psicólogos, pouco discutido e pensado nos cursos de graduação. Isso é tão evidente que o próprio conteúdo das perguntas causava certa surpresa a algumas psicólogas, pois parecia propiciar um momento de pausa e reflexão sobre o que realmente elas estavam fazendo ali. A entrevista parecia tornar-se uma oportunidade para pensar sobre essa atuação no PSF, suscitando possíveis questionamentos como: que clínica é essa desenvolvida neste cenário? Estaria surtindo efeito e impacto para a vida dos usuários? Seria apropriada à realidade dos mesmos?

Tais questionamentos dizem respeito à necessidade de pensar que a atuação dos psicólogos nos serviços de atenção básica esteja sintonizada com as propostas e diretrizes do SUS e com os objetivos específicos do PSF. Isso indica uma prática mais condizente com a realidade e cultura em que vive nossa população, a fim de realmente contribuir para a reorientação do modelo assistencial vigente, objetivo inicial do PSF. Assim, destaca Gil<sup>6</sup>: **O crescimento do PSF trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a falência das práticas profissionais e de gestão no que se refere especificamente à mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde.**

#### Interface entre modo de atuação com modelo de formação acadêmico

Partindo-se da premissa de que o principal modo de atuação aprendido pelos psicólogos durante a graduação restringe-se, geralmente, a uma abordagem clínica, um dos grandes desafios para a implantação de modelos alternativos de atenção - com base nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira - encontra-se nos modelos de formação. Usualmente, os currículos não abordam teorias e práticas em que os princípios do SUS (integralidade da atenção, por exemplo) configuram-se como eixos norteadores de mudança do modelo de ensino vigente. Isso ratifica o que Ceccim *et al.*<sup>13</sup> afirmam: **Uma vez que o campo das práticas e o da formação não se dissociam, no mínimo pela medida**

**que um oferece ao outro como território de possibilidades, um dos elementos críticos e de absoluta importância ou relevância para a construção do SUS tem sido a inadequação da formação inicial de seus profissionais (a formação no âmbito da graduação) ante as necessidades sociais de saúde e a ausência de formulação de políticas públicas do setor da saúde que efetivamente dialoguem com a possibilidade de mudança dessa formação.**

Para a maioria das psicólogas entrevistadas (5), o modelo clínico de formação e seu modo de atuação tiveram que ser adaptados a fim de se adequarem às características do PSF e do trabalho em saúde. Mais especificamente, as concepções teórica e técnica que embasam a atuação da maioria das psicólogas - a teoria psicanalítica - sofreram algum tipo de adequação para atender as demandas da comunidade, aos objetivos do PSF e ao trabalho em atenção básica. Assim, de acordo com uma das participantes: **Se tu pensas em chegar na frente de um paciente e fazer um trabalho psicanalítico, não tem como fazer, porque são pessoas que têm carências básicas, orientações mínimas, de um contato físico, de um olhar em relação aos familiares, filhos, tu não consegues trabalhar se tu fores ficar cinco ou seis sessões só ouvindo aquela pessoa sem dar um retorno para ela** (psicóloga 3).

Kubo *et al.*<sup>14</sup>, Dimenstein<sup>1,10,15</sup> e Costa *et al.*<sup>16</sup> vêm chamando a atenção para o que essa fala tão claramente nos mostra: a necessidade de pensarmos novos sentidos para a atuação do psicólogo na saúde. Dimenstein<sup>10</sup> enfatiza o que vimos destacando e aponta os desafios e vícios da perpetuação desse modo de atuação que os psicólogos vêm desempenhando há vários anos: **Essa discussão indica que a Psicologia precisa operar uma série de enfrentamentos importantes relativos à sua base conceitual e ao seu repertório de práticas quando se trata da sua inserção no campo da saúde pública. [...] Primeiro, diz respeito aos pressupostos subjacentes à atenção produzida independentemente do local de atuação: visão de mundo, valores, crenças, concepção de subjetividade, de saúde/doença, de normal/patológico, de neutralidade, que fundamentam o saber e a prática psicológicos; segundo, a algumas marcas presentes no mundo psi: o ideário individualista, a fusão identitária com a psicanálise, a formação acadêmica descontextualizada, concepção de sujeito/indivíduo, modelo clínico tradicional [...]. Tudo isso concorre para a produção de uma cultura profissional, de uma forma específica de ser psicólogo [...].**

Em apenas uma das entrevistas, quando questionada acerca de sua concepção de como é sua atuação, uma das psicólogas divergiu da maioria das demais, no sentido de distanciar-se do modelo

clínico hegemônico: *Tudo o que vai reger as nossas práticas é toda uma abordagem diferente que eu tenho estudado bastante, que é a abordagem ecológica do desenvolvimento humano. Nessa visão, a saúde é encarada não somente a partir do binômio saúde/doença, mas, também, e principalmente, a partir de toda uma inserção dessa pessoa no ambiente, numa situação familiar; além do indivíduo: que situação essa pessoa vive, que condições socioeconômicas ela tem, que família ela está inserida, isso vai entrar em jogo. Não acaba só ficando no indivíduo, mas considerando tudo que está em volta dele e isso faz com que se constitua a identidade dessa pessoa* (psicóloga 4).

Acreditamos que é sintomático apenas uma participante destoar da maioria, no sentido de confirmar o que os autores vêm apontando e de sinalizar aqui a necessidade de repensar os modos de atuação, a formação acadêmica dos futuros psicólogos e as ferramentas que a psicologia dispõe para o trabalho em saúde. É fundamental empreitar tal desafio se realmente pretendemos consolidar a psicologia enquanto profissão comprometida com a sociedade e com o sistema de saúde de nosso país.

#### Principais dificuldades advindas do modelo clínico de atuação e formação

Esse modelo clínico de atuação e formação gera algumas dificuldades para a inserção da prática do psicólogo nas unidades de PSF, principalmente devido a seus pressupostos tanto teóricos quanto técnicos que, geralmente, acabam por se incompatibilizar com o perfil dos serviços de saúde. De acordo com as entrevistas, algumas psicólogas enfrentaram dificuldades no sentido de legitimar sua prática, sendo questionadas acerca de suas técnicas e concepções de atuação, tendo que promover algumas adaptações e esclarecimentos a fim de conseguirem se inserir no serviço. Os depoimentos a seguir buscam ilustrar algumas dessas dificuldades:

*Em alguns momentos, eu já fui questionada do porquê aquele grupo está funcionando assim, porque a técnica assim, por que não se levar uma palestra pronta. E daí eu tive toda uma dificuldade de explicar que meu trabalho não é assim, de chegar com as coisas prontas, que meu trabalho era de fazer uma construção com a comunidade. Então, coisas assim, de ter que explicar por que aquela técnica está sendo usada* (psicóloga 1).

*Eu vou falar a partir de algumas dificuldades que eu sinto lá, por exemplo, tem uma dificuldade da cultura do trabalho do psicólogo, no entendimento de como o psicólogo trabalha, que é diferente do atendimento médico, do atendimento do enfermeiro. A questão do sigilo a gente conversou bastante, nós traba-*

*lhamos também com a equipe para mostrar essa importância para o nosso trabalho, porque nos paravam nos corredores ou na cozinha e queriam [equipe] falar sobre o caso do paciente e falavam nomes então a gente foi pontuando isso o tempo inteiro* (psicóloga 5).

Dimenstein<sup>10</sup> destaca tais dificuldades que devem ser alvo de redobrada atenção dos psicólogos quando inseridos em campos de trabalho, como o caso da saúde, onde os tradicionais modos de atuação devem ser adaptados (e repensados), a fim de poderem estar contextualizados com as peculiaridades de cada serviço: *Escravidão às técnicas [...]. O que importa é saber usar, aplicar corretamente, desempenhar a tarefa, é realizar o ideal de atuação entendido como o emprego da técnica. Não é à toa que uma das maiores reclamações dos psicólogos inseridos na rede pública de saúde seja relativa à falta de setting/espço adequado, de possibilidade de realizar o acompanhamento individual [...]. Desejos de adaptação, seja das técnicas (não se pensa na produção de outras alternativas), seja da diferença, da diversidade humana, dentro de modelos pré-estabelecidos*

Diante disso, algumas psicólogas demonstraram o quanto essa identificação - *psicólogo-clínico* - encontra-se enraizada nas bases da formação e atuação profissionais, causando, no mínimo, diversos estranhamentos: *Eu saí da clínica, do consultório, e aquilo que a gente vê no curso também, tudo estruturadinho, bonitinho, onde a gente tem todo material que precisa e a gente chega num PSF rural, como voluntário, porque o PSF não contrata psicólogo, não tem material nenhum, então tem que improvisar tudo, a questão de um setting diferente, que a gente tem que improvisar, a própria linguagem das pessoas, outra cultura, adaptar tua linguagem, te inserir na comunidade* (psicóloga 5).

*Uma coisa que eu fiquei bastante impressionada é que, quando tu sai da graduação, tu tens uma idéia muito certinha das coisas, daquele ambiente teórico que a gente lê nos livros e chegando lá [PSF] não tem nada disso. Te oferecem um ambiente que não é muito legal, mas é o que tem, brinquedos também que, muitas vezes, são precários, mas é o que tu tens para trabalhar* (psicóloga 3).

Lima<sup>11</sup> denomina isso de “fusão identitária psicólogo-psicanalista”, afirmando que os profissionais acabam sendo “mais ou menos psicanalistas do que o são nos consultórios particulares”, quando inseridos em unidades básicas: *A questão do silêncio no local, de não entrar na sala enquanto a gente está atendendo, então a técnica responsável pelo PSF fez um tipo de plaquinhas para colocar nas portas dos consultórios médico, ambulatório, de psicologia, e o interessante que no nosso ela colocou*

**embaixo “favor fazer silêncio”. Então, foi entendida pela equipe essa necessidade, mas ainda tem alguns problemas com relação a isso** (psicóloga 5).

Para Dimenstein<sup>1</sup>, essa transposição simples e pura de uma teoria psicológica para o atendimento aos usuários de um serviço de saúde é a grande responsável pela maioria das dificuldades enfrentadas pelos psicólogos e, muitas vezes, pelo abandono do tratamento e pouca procura espontânea da população. “Dessa forma, ficam inabilitados para perceber que nem sempre esse arsenal teórico-técnico é adequado para as ações específicas do campo da assistência pública à saúde e para a clientela que frequenta estas instituições”. E isso também pouco reforça a importância de um profissional da psicologia inserido em serviços de saúde.

Outra consequência do predomínio desse modelo clínico hegemônico reflete-se no que destacou uma das psicólogas: **Eu acho que a gente deveria pensar numa saúde mental que pudesse incluir mais as pessoas na comunidade, no seu bem-estar familiar, e não uma coisa separada, excluída, que vem consultar, e é o que está sendo feito na realidade, no ambulatório de saúde, em saúde primária no PSF** (psicóloga 4).

Além dessa questão, a mesma psicóloga destaca o despreparo dos demais profissionais de saúde quando se trata da saúde psíquica dos usuários: **A saúde mental há muito tempo ficou excluída, “os loucos são difíceis de lidar, eu não sei como lidar”, os médicos talvez ou os profissionais de saúde em si não estão preparados para encarar a saúde mental num PSF. Os médicos se sentem até hoje sem ferramentas para fazer isso, então talvez um profissional de saúde mental possa fazer esse apoio ou uma maior preparação desses profissionais** (psicóloga 4).

Novamente, retoma-se a questão de se pensar a formação acadêmica visando à preparação dos profissionais para o trabalho em saúde, em consonância com o SUS e os ideais da Reforma Sanitária Brasileira. Acreditamos que o psicólogo deva ser o profissional mais bem preparado para trabalhar com a saúde mental dos usuários, sendo elo de ligação entre os outros profissionais, capazes de construir juntos novas formas para o fazer-saúde, incluindo-se cada vez mais a saúde psíquica como parte integrante do ser humano, contemplando, assim, o princípio da integralidade da atenção.

Não podemos mais aceitar profissionais e serviços fragmentados, isolados e individualistas. Devemos construir novos sentidos para velhos modos de atuação e repensar o que Ceccim *et al.*<sup>13</sup> chamam atenção: **Podemos dizer que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde**

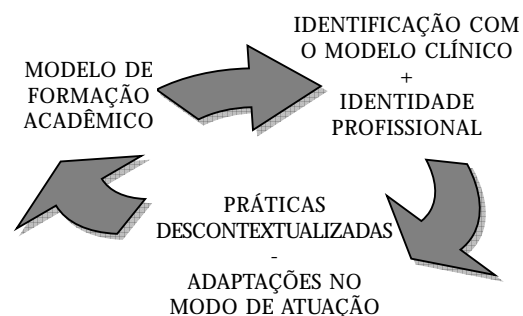
**em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizados de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica [...], incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde**

A partir de um modelo de formação acadêmico preestabelecido, determinam-se certos modos de atuação e práticas que estruturam a identidade profissional do psicólogo. Com isso, quando transportados para a atenção básica à saúde, o psicólogo enfrenta dificuldades de ordem técnica e teórica, resultando, geralmente, em uma atuação descontextualizada. Todo esse conjunto impõe ao psicólogo adaptações e modificações no seu modo de atuar e conceber sua prática, a fim de poder se adequar às características e singularidades do processo de trabalho em saúde.

Sendo assim, apresentamos o diagrama da Figura 1 como forma de ilustrar o que constatamos nas entrevistas.

### Possibilitando novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família

Durante o trabalho de análise e classificação dos dados, sentimos a necessidade de agrupar, nesta unidade final, algumas sínteses da investigação e consequentes perspectivas que sugerem uma possível mudança na maneira como os psicólogos estão vivenciando o trabalho em atenção básica. Acre-



**Figura 1.** Diagrama acerca das relações entre modelo de formação, modelo clínico e adaptações a práticas descontextualizadas.

ditamos ser oportuno, portanto, destacar alguns desses temas, que indicam sugestões-possibilidades de novos sentidos para a atuação do psicólogo, buscando contribuir para a reorientação do modelo de assistência vigente e para a prática do psicólogo em atenção básica.

#### **Novos sentidos: sugestões-possibilidades para uma atuação visando à integralidade**

Concordamos com Mattos<sup>17</sup> quando afirma que o princípio da integralidade expressa uma das principais bandeiras de luta do movimento sanitário e que indica características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (ou predominantes).

Dessa forma, na quase totalidade das entrevistas (6), as psicólogas destacaram a importância de uma atuação interdisciplinar, caracterizada como um processo em constante construção e interação entre os demais profissionais de saúde (equipe), juntamente com a comunidade: *Eu acho que uma atuação interdisciplinar é, acima de tudo, um processo onde tu vais construir isso, as pessoas [equipe] estão inseridas em um ambiente onde elas têm que aprender essa prática, isso é um exercício. Mas a nível de inserção do psicólogo deveria ter mais, acho que na própria equipe um espaço para ser trabalhado justamente isso e que falta, no momento está faltando* (psicóloga 7).

*Na verdade, uma atuação interdisciplinar deveria ser uma prática em que os profissionais conseguissem entender o trabalho um do outro, respeitar e procurar também se colocar no lugar do outro. Entender por que aquele profissional está dando aquela orientação, dentro da formação dele. Às vezes eu sinto dificuldade de me colocar no lugar do outro, é mais fácil eu ficar no meu lugar, esperando que, de repente, ele queira explicar o que faz, eu não vou ocupar aquilo no meu trabalho, nesse sentido, entende* (psicóloga 1).

*Temos que trabalhar mais essa questão da diferença de cada formação, trabalhar isso na própria formação acadêmica, isso vem bem de antes. Proporcionar que os alunos possam estar trocando com outros colegas, possam ver a importância de cada um, que todos são importantes, mas diferentes, a fim de que o usuário possa ser visto como um todo. Nas reuniões de equipe, ter mais espaço para se falar o que está ruim e o que está bom, estar sendo dito isso, comentado, não passando por baixo, vamos indo que está tudo bem* (psicóloga 2).

Acreditamos que somente uma prática, que busca ser interdisciplinar, pode abarcar o princí-

pio da integralidade da atenção, entendido tanto a nível de assistência quanto de prevenção nas ações de saúde, tendo como referência o que Mattos<sup>17</sup> destaca: *Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. [...] manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que necessariamente não temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com que interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados*

Outro sentido apontado em algumas entrevistas (3) foi a questão da inserção do psicólogo como vetor de articulação entre os profissionais da equipe, a fim de oportunizar espaço de discussão, nas reuniões, para se pensar o processo de trabalho interdisciplinar. Conforme um dos depoimentos: *Existe a demanda de se trabalhar mais com os profissionais, o psicólogo trabalhando com toda a equipe, pensando como a gente pode tornar o trabalho mais interdisciplinar. E agora vamos montar o grupinho com os agentes comunitários, acho que vai ser bem nesse sentido. É bem a questão do psicólogo trabalhando com os técnicos e com os agentes* (psicóloga 7).

Esse momento de discussão, mediado pelo psicólogo, possibilitaria elaborar conflitos, angústias e dificuldades inerentes ao trabalho com a saúde, além de promover maior integração entre os membros da equipe, focalizando uma atenção mais integral à saúde. Tal estratégia está de acordo com o posicionamento de Cecílio<sup>18</sup> quando defende “tornar observáveis, visíveis, abertos, os conflitos que ficam encobertos, rechaçados das pautas de decisão, perpetuando relações de injustiça e iniquidade, parte do mal-estar da organização.” Concorda também com o que Campos<sup>19</sup> nos alerta acerca da alienação do trabalhador com relação a sua *Obra*, devido à organização fragmentada do trabalho em ações isoladas de um profissional para com o outro: [...] *concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado*.

Dito isso, destacamos o seguinte depoimento: *Eu tentava ser um vetor de sempre unir essa equipe. Tem problema, tem fofoquinha, vamos conversar então, não vamos ficar nos corredores ou nas salas conversando fofoquinha, isso diz respeito a nossa*

**equipe. Eu acabava transformando aquilo num poder resolver; num querer escutar também se não está legal, se não está sendo produtivo nosso trabalho** (psicóloga 4).

Quando questionadas acerca do que deveria mudar nos serviços prestados no PSF, a maioria das psicólogas (5) enfatizou a inclusão e valorização da atuação do psicólogo como profissional da equipe de saúde, não mais inserido como voluntário. Com isso, a saúde mental seria também incluída na atenção básica, visto que há muito vem sendo negligenciada: **Deveria ser incluído o psicólogo e outros profissionais. Eu acho que, por questão de tempo, eu não faço mais atividades e teria muito mais trabalho para ser feito** (psicóloga 7).

**Acho que, em primeiro lugar, essa valorização do psicólogo, que é uma coisa que eu pensei muito quando fui convidada para fazer esse trabalho voluntário, além de ter, também, esse atendimento diário lá e não só duas vezes por semana** (psicóloga 3).

Com a presença efetiva de um psicólogo nas unidades de PSF, as atividades de prevenção e assistência à saúde mental seriam mais bem atendidas, e diminuiria o predomínio da atenção sob o signo do modelo biomédico ainda hegemônico nos serviços de saúde do país. Dessa forma, concordamos com Campos<sup>20</sup> quando afirma que esse desequilíbrio para o lado biológico traz como consequências o predomínio de práticas e saberes vinculados ao mecanicismo e unilateralidade de abordagens, desconsiderando-se, muitas vezes, os aspectos subjetivos e sociais das pessoas.

Portanto, para algumas psicólogas (4), um novo sentido para a atuação do psicólogo constitui-se na inserção da atenção à saúde mental, já a nível básico, nas comunidades e com os usuários. Isso, segundo os depoimentos, estaria atrelado a uma concepção de saúde buscando a integralidade, pois considera os vários determinantes do processo saúde/doença.

Destacamos, a seguir, dois depoimentos que buscam ilustrar essa questão: **Eu acho que um profissional de saúde mental nessas equipes, lá na comunidade, pode ser um vetor de uma melhor escuta, um poder tratar com eles esses assuntos mais de perto, porque a gente vê, na saúde, que os profissionais, nos postos, eles acabam atendendo as pessoas correndo, porque a demanda é muito grande, eles são cobrados para atender milhões de pessoas num dia** (psicóloga 4).

**O psicólogo é fundamental, tanto para trabalhar com a equipe, quanto para trabalhar com as pessoas. Tem gente que chega e elas querem ser escutadas, querem atenção, que o pessoal técnico, muitas vezes, não tem. Ela chega ali e “onde é que dói?”, “tá, vamos**

**arrumar e deu, vai”. São atendimentos de cinco minutos** (psicóloga 2).

Outro tema que apareceu na maioria das entrevistas (5) foi a atuação dos agentes comunitários de saúde como facilitadores de ações interdisciplinares, formando uma parceria com as psicólogas a fim de trocarem informações e dividirem os casos em atendimento.

Os depoimentos a seguir buscam ilustrar tal parceria, compondo novas formas de atuação, tanto para os psicólogos, quanto para os demais profissionais da equipe: **Eu consigo conversar sobre os casos, sobre os pacientes, mais com os agentes comunitários. Eles têm esse contato com os problemas psíquicos, com a questão familiar, por irem às casas, fazerem aquele atendimento sem aquela pressão do relógio. Sinto que eles têm um olhar mais aguçado, uma disponibilidade em exercer essa escuta para o paciente que não seja só para descrição dos sintomas físicos, mas, também, para o relato da angústia, da tristeza** (psicóloga 6).

**Os agentes estão sempre em contato com as famílias, são gente que vive nas comunidades, então eles trazem muita coisa, muita informação importante para nós e isso é trocado com a equipe, até porque eles estão o tempo inteiro em contato com a comunidade, com as necessidades de tal família, por exemplo** (psicóloga 5).

As psicólogas relataram, portanto, sentir maior canal de comunicação através dos agentes e, assim, gradualmente, conseguirem inserir maior número de profissionais da equipe em atividades interdisciplinares, englobando as questões concernentes a saúde mental dos usuários da comunidade.

Talvez o que esses depoimentos tenham chamado atenção seja o que Mattos<sup>17</sup> destaca como um dos sentidos do termo integralidade, caracterizado como “a apreensão ampliada das necessidades”, através de um “olhar atento”, facilitando “o reconhecimento de experiências que estejam avançando no que diz respeito à integralidade; contribuir para que cada vez mais atores se engajem na construção de práticas pautadas pela integralidade”.

Com isso, reafirmamos a necessidade de mudança em nossas práticas de saúde, repensar modelos já estruturados de identidade profissional, contextualizar teorias e métodos, a fim de realmente nos aproximarmos da complexidade do trabalho em saúde. Dessa forma, destacamos o que Camargo Jr.<sup>21</sup> pontua: **Preliminarmente, é imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade**



***fundamental. É uma estratégia mais executável e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas***

### Considerações finais

A título de encerramento, cabe retomarmos algumas considerações que julgamos pertinentes, e que indicam o que constatamos durante o trabalho de análise e categorização dos dados.

Frente à busca de maior inserção e contribuição da psicologia como profissão comprometida com a saúde pública e cientes das dificuldades e demandas de novas experiências e competências para o psicólogo, cabe destacarmos alguns sentidos associados ao modo de atuação do psicólogo e que foram evidenciados através do conteúdo das entrevistas. Tais sentidos representam as dificuldades e resistências que os psicólogos vêm enfrentando quando inseridos em serviços de atenção básica à saúde e que requerem redobrada consideração a fim de mudarmos esse cenário:

1. Identificação do psicólogo com o modelo de atuação clínico, em que predomina o atendimento individual ou grupal, centrado em “consultórios particulares”, perpetuando o modelo da clínica psicológica privada a nível de atenção básica;

2. Identificação entre o modelo de atuação e o de formação acadêmico, em que é possível constatar a origem da fusão psicólogo-clínico, em virtude do pouco aprofundamento nos currículos dos cursos de graduação em psicologia de disciplinas específicas, que preparem o acadêmico para o trabalho em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira;

3. Dificuldades advindas do modelo clínico de atuação e de formação, devido às dissonâncias entre pressupostos teórico-técnicos do psicólogo com as características específicas do trabalho em PSF e em atenção básica, resultando em práticas descontextualizadas e em adaptações no modo de atuação aprendido durante a graduação.

No entanto, paralelo a esse cenário, novos sentidos para a prática dos psicólogos também emergiram, sinalizando possível mudança na forma como os mesmos vêm atuando na saúde, contribuindo para a reorientação do modelo assistencial

vigente e reforçando o princípio da integralidade como importante ferramenta na construção de uma melhor assistência à saúde para a população:

1. Atuação do psicólogo visando à integralidade da atenção, através de uma atuação interdisciplinar entendida como um processo em constante construção e interação entre os profissionais de saúde (equipe);

2. Psicólogo como vetor de articulação entre os demais profissionais da equipe de saúde, buscando trabalhar conflitos e angústias inerentes ao processo de trabalho em equipe e com a saúde;

3. Saúde mental já a nível de atenção básica, mediante a inclusão e a valorização da atuação do psicólogo na atenção básica;

4. Atuação do psicólogo em parceria com os agentes comunitários como facilitadores de práticas interdisciplinares.

Sendo assim, apontamos, como conclusão desse estudo, sugestões para novos sentidos de atuação, capazes de redirecionar a prática dos psicólogos na atenção básica à saúde. Entretanto, é imprescindível:

a) a importância de atentarmos para a forte (e predominante) identificação do psicólogo com a reprodução do modelo da clínica psicológica, nos moldes tradicionais aprendidos durante a graduação, aplicada, muitas vezes, indistintamente nos serviços de saúde;

b) adaptações e revisões nos currículos dos cursos de psicologia, promovendo, cada vez mais, o debate em torno da formação dos futuros psicólogos de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, visando a sua inserção já a nível de atenção básica;

c) pensar novas abordagens e alternativas, sob o eixo da integralidade, para a atuação psicológica, possibilitando experiências que valorizem novos desafios e configurações para a prática do psicólogo.

Defendemos, portanto, tais desafios: novos sentidos para a atuação do psicólogo. Sentidos que são construídos, redefinidos, mas que urgem serem pensados criticamente. Novos possíveis sentidos, quando decidimos defender práticas mais inclusivas e transformadoras, capazes de contribuir para a mudança nos modos de assistência à saúde em nosso país e, principalmente, reafirmar o compromisso social da psicologia enquanto profissão da saúde.

## Colaboradores

DFC da Costa trabalhou na confecção da pesquisa, análise e discussão, além da redação do artigo. VMF Olivo trabalhou na revisão crítica do artigo e na supervisão da pesquisa.

## Referências

1. Dimenstein M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estud. psicol.* (Natal) 2000; 5(1):95-121.
2. Conselho Federal de Psicologia. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública. [cartilha na Internet]. 2006 [acessado 2006 ago 21]. Disponível em: <http://www.pol.org.br/saudepublica>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. [texto na Internet]. 2004 [acessado 2006 ago 16]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php>
4. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 55-124.
5. Benevides R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade* 2005; 17(2):21-25.
6. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1171-1181.
7. Dimenstein M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud. psicol.* (Natal) 1998; 3(1):53-81.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições70; 1995.
10. Dimenstein M. A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. *Conselho Federal de Psicologia* [cartilha na Internet]. 2006 [acessado 2006 ago 21]: [cerca de 9 p.] Disponível em: <http://www.pol.org.br/saudepublica>
11. Lima M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo* 2005; 10(3):431-440.
12. Lima M. *Atuação psicológica em serviços públicos de saúde de Salvador: do ponto de vista dos psicólogos* [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2005.
13. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1400-1410.
14. Kubo OM, Botomé SP. Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. *Interação em Psicologia* 2001; 5:93-122.
15. Dimenstein M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo* 2001; 6(2):57-63.
16. Costa LF, Brandão SN. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade* 2005; 17(2):33-41.
17. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1411-1416.
18. Cecilio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):508-516.
19. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-266.
20. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
21. Camargo Jr. KR. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2003. p. 35-44.

Artigo apresentado em 11/01/2007

Aprovado em 24/04/2007

Versão final apresentada em 17/05/2007