

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LUANA DOS SANTOS PAULINO

A PSICOLOGIA INSERIDA NA ATENÇÃO BÁSICA

VITÓRIA
2014

LUANA DOS SANTOS PAULINO

A PSICOLOGIA INSERIDA NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia

Orientador: Prof. Ms. Andrea Campos Romanholi

VITÓRIA
2014

LUANA DOS SANTOS PAULINO

A PSICOLOGIA INSERIDA NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Ms. Andrea Campos Romanholi

Orientadora

Prof. Ms. Margareth Marchesi Reis

Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

Ms. Alexandra Iglesias

Psicóloga Mestra em Saúde Coletiva

A meu pai Sinval e minha mãe Maria Helena que nunca deixaram de me apoiar e de me incentivar a conquistar tudo o que desejo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela educação que me deram, por me apoiarem por todo caminho percorrido durante esses cinco anos de graduação e pela certeza que continuarei a receber este apoio pelo resto da minha vida.

À minha orientadora Andrea Romanholi por ter sido a pessoa que em sala de aula fez com que eu despertasse interesse pelo tema, sempre nos incentivando a repensarmos nossas práticas para que sejamos melhores profissionais, agradeço pelos momentos de conversa no qual podemos nos conhecer melhor, por todo apoio que deu, por ser tão disponível e acessível para me orientar e responder minhas dúvidas e pela paciência que teve comigo nos momentos de angústia. Sem você este trabalho nunca teria sido realizado da mesma maneira.

Ao Guilherme, pelos muitos momentos em que soube me acalmar e me distrair quando estive nervosa, pelas palavras motivadoras, por ouvir meus anseios e por acreditar em mim nos momentos em que não acreditei que seria capaz.

À Ana Clara, por ser minha companheira virtual todos os dias de elaboração deste trabalho, pelo nervosismo compartilhado, desabafos, momentos de descontração e pela parceria em todos os trabalhos que fizemos juntas na graduação (e que foram muitos!) desde o dia que nos tornamos amigas.

Ao Luciano, por ser o melhor amigo que uma pessoa pode ter em sua vida.

À Rafaella, Yara e Suellen pela amizade que surgiu sem que ao menos esperássemos, pelos abraços, desabafos, conselhos, risadas, companheirismo e por todos outros momentos compartilhados dentro e fora da faculdade.

À todos aqueles com quem estudei durante esses cinco anos, sem vocês definitivamente não teria sido a mesma coisa

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

A prática do psicólogo por muitos anos sempre esteve ligada ao atendimento clínico individual. A necessidade de problematizar esta forma de atuação, que era quase a única oferecida, prevaleceu quando os psicólogos passaram a atuar no campo da saúde pública, especialmente na Atenção Básica. Este trabalho teve como objetivo analisar as práticas realizadas pelos psicólogos atuantes neste nível de atenção do Sistema Único de Saúde, bem como identificar quais são as dificuldades encontradas na realização do trabalho e verificar qual o entendimento que os profissionais possuem sobre o seu papel na Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, que teve como participantes seis psicólogos atuantes no município de Vitória-Es, cada um representando uma região de saúde do município. Os psicólogos foram selecionados por meio de sorteio com base na amostragem estratificada não proporcional. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada realizada no próprio consultório da Unidade de Saúde. Para análise de resultados a proposta da análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados permitem perceber que os profissionais apesar de ainda terem os atendimentos clínicos individuais como atividade principal em suas agendas, demonstram entendimento e preocupação em orientar suas práticas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica. Observa-se que já são realizadas atividades condizentes com estas diretrizes, que buscam realizar ações em conjunto da equipe bem como conhecer o território e articular suas ações com a realidade da população local. Em relação às dificuldades destaca-se o relato da existência de uma demanda excessiva que dificulta esta mudança de prática, uma vez que o que se busca majoritariamente são os atendimentos individuais. Todavia, alguns profissionais referem-se à importância de problematizar essa demanda considerando o processo de medicalização social que se manifesta, por exemplo, no grande número de crianças encaminhadas por escolas e pelo fato de muitos pacientes serem encaminhados para o atendimento individual com os psicólogos, por questões diversas da vida, que poderiam ser ouvidas e abordadas por outros membros da equipe e por outras ações pertinentes da Atenção Básica.

Palavras-chave: Psicologia. Saúde Pública. Atenção Básica. SUS

ABSTRACT

Psychologist's practice for many years has always been linked to individual clinical care. The need to confront this form of acting that was almost the only offered prevailed when psychologists started to work in the field of public health, especially in primary care. This study aimed to analyze the practices carried out by psychologists active in this level of care in the Unified Health System, as well as identify which are the difficulties encountered in performing the work and see which understanding that professionals have about their role in Primary Care. This is a descriptive qualitative study, which had six active psychologists participants in Vitória-ES, each representing a region of the city's health. Psychologists were selected by a lottery based on stratified sampling not proportional. Data were collected through semi-structured interview conducted in private practice Health Unit. To analyze results of the proposed thematic with content analysis. The results allow us to realize that the professionals while still having the individual clinical care as a primary activity in their schedules, demonstrate understanding and concern in guiding their practice guidelines for the National Health System and Primary Care. We can observe that are already conducted activities consistent with these guidelines, which seek to take actions as a team together and know the territory and articulate their actions with the reality of the local population. Regarding the difficulties highlight the reported existence of an excessive demand that complicates this change in practice, since what is sought are mostly individual assistance. However, some professionals refer the importance of questioning this demand considering the social process of medicalization manifested, for example, in the large number of children referred by schools and by the fact that many patients referred for individual care with psychologists, for issues variety of life, that could be heard and addressed by other team members and other relevant actions of Primary Care.

Keywords: Psychology. Public Health. Primary Care. SUS

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária a Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CFP- Conselho Federal de Psicologia

CRAI- Centro de referência e Atenção ao Idoso

Crepop- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas

CPTT- Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos

eSF- Equipe De Saúde Da Família

ESF- Estratégia da Saúde da Família

Nasf - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNH- Programa Nacional de Humanização

PSF- Programa Saúde da Família

SEMUS- Secretaria Municipal de Saúde

Semad- Secretaria Municipal de Administração

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	A SAUDE ANTES DO SUS.....	23
2.2	O SUS.....	24
2.3	ATENÇÃO BÁSICA.....	26
2.4	COMO A PSICOLOGIA ESTÁ INSERIDA NAS UBS.....	29
2.5	A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM VITÓRIA-ES.....	43
3	METODOLOGIA	47
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	47
3.2	LOCAL.....	47
3.3	PARTICIPANTES.....	48
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	49
3.5	ANALISE DE DADOS.....	49
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	51
4.1	QUANTO ÀS ATIVIDADES REALIZADAS E ABORDAGEM.....	52
4.2	QUANTO ÀS DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	59
4.2.1	Em relação à demanda	59
4.2.2	Infra estrutura do local	61
4.2.3	Quanto à medicalização dos sujeitos	64
4.2.4	Saúde mental	65
4.2.5	Trabalho em equipe	65
4.3	TENTATIVAS DE CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	67
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A- Roteiro inicial de perguntas	79

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é produto de grande luta da democratização do país. Através dele, apesar das dificuldades que ainda enfrenta e do desafio de se efetivar para toda a população brasileira, inúmeras pessoas que antes não tinham acesso à saúde agora gozam deste acesso. Hoje os princípios da universalidade, integralidade e equidade estão garantidos na Constituição Federal que define a saúde como um dever do Estado e direito de todos (LIMA, 2006).

O SUS é constituído de uma rede de serviços cuja organização deve se dar em três níveis de atenção: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Em cada desses níveis estão organizados tipos específicos de serviços oferecidos para a população. Na Atenção Básica, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem serviços para a população de um território definido como sua área de abrangência. Com objetivo de consolidar o sistema público de saúde no Brasil, a partir do fortalecimento da atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada nos anos 1990. Através da Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, algumas diretrizes são determinadas para a organização da ESF. É definida então a diretriz que garante ao usuário uma equipe multiprofissional, composta por: agentes comunitários, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas (BRASIL, 2011b).

O profissional da psicologia não faz parte das equipes previstas para a atenção básica e nem da equipe mínima exigida nas diretrizes da ESF. Porém, a partir do princípio da integralidade, assim como em decorrência do conceito ampliado de saúde que fundamenta o SUS, outras profissões, dentre elas a psicologia, passaram a ingressar nas Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de oferecer sua contribuição na compreensão e atenção integral ao indivíduo, às famílias e à comunidade (BOING, 2010).

Além dos próprios princípios e propostas de ampliação de atuação na saúde, outras razões contribuíram para esta entrada da psicologia neste campo. O aumento de profissionais recém graduados, com o crescimento do número de cursos abertos no país e a diminuição da procura de profissionais na clínica privada por motivos da

crise econômica na década de 1960, foram fatores que fizeram com que os profissionais buscassem novos campos de atuação (IGLESIAS, 2009). O campo da saúde foi um dos espaços em que a psicologia se inseriu e neste, primeiramente, o trabalho era voltado à saúde mental, realizado dentro dos hospitais psiquiátricos, sendo que aos poucos esta inserção foi se expandindo para outras áreas da saúde, inclusive nas Unidades Básicas de Saúde.

Ainda é curto o tempo em que os psicólogos estão atuando no campo da Atenção Básica e, desde a sua inserção, ainda se observam muitas dificuldades. Dentre os fatores relacionados a estas dificuldades, destaca-se a inadequação da formação para trabalhar nesse setor e as dificuldades em adaptar-se às características profissionais esperadas para uma atuação potente no Sistema Único de Saúde (DIMENSTEIN, 1998, 2001; BENEVIDES, 2005).

Por ser um campo relativamente novo e pouco explorado, a prática do profissional de psicologia na Atenção Básica tem sido discutida por diversos pesquisadores da área (DIMENSTEIN, 1998; OLIVEIRA et al., 2004 IGLESIAS et al., 2009; NEPOMUCENO, BRANDÃO, 2011) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2010, 2013) que, preocupado com a formação do psicólogo para atuar na saúde pública, também pesquisou sobre a atuação do psicólogo na Atenção Básica, através do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas (CREPOP), visando discutir o exercício dos profissionais que estão inseridos nessa área e caminhar para a construção de diretrizes, uma vez que sua atuação deve ser condizente com as propostas do SUS e da Estratégia de Saúde da Família. A necessidade e importância desta discussão se apresentam devido à tradição dos cursos de psicologia que, em geral, possuem um currículo focado no atendimento individual realizado na clínica. No Sistema Único de Saúde, e principalmente nos serviços da Atenção Básica, entende-se que essa prática deve ser multiprofissional e interdisciplinar, devem-se ampliar as práticas da clínica tradicional, alcançando cada vez mais práticas da clínica ampliada, realizar ações coletivas e trabalho com grupos. Além disso, o profissional que atua nesta área precisa buscar conhecer a realidade das comunidades nas quais o trabalho será realizado.

Tendo esse panorama em vista, tomamos como objeto desta pesquisa a investigação sobre a situação atual das práticas da psicologia nos serviços de atenção básica do SUS no município de Vitória/ES. Nesse sentido, a pesquisa teve

como objetivo principal identificar e descrever as práticas realizadas pelos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde, além de verificar qual o entendimento desses profissionais sobre o papel do psicólogo nesse nível de atenção do SUS e identificar se existem e quais são as dificuldades dos profissionais no cumprimento desse papel.

Esta discussão mostra-se relevante, haja vista que a inserção da psicologia no Sistema Único de Saúde ainda é recente, sendo que a prática nesta área ainda se mostra repleta de desafios. Acrescido a isso, vemos que esta inserção aconteceu sem que a prática da psicologia no campo da saúde pública tenha sido discutida, o que resultou em falta de clareza sobre as atividades do psicólogo nos serviços e mesmo sobre seu papel, sua relação e compromisso com o SUS (DIMENSTEIN, 2001; OLIVEIRA et al., 2004; SPINK, 2007; DANELUCI, 2010). Além dos elementos apresentados acima, a inserção da pesquisadora no campo da Atenção Básica em um dos seus estágios obrigatórios durante a graduação foi um dos fatores relevantes para a concretização da pesquisa.

O SUS atualmente se constitui em um grande campo de trabalho para os psicólogos e ainda são poucos os profissionais atuando na saúde pública no Brasil (SPINK, 2007). Assim, contribuições voltadas a ampliar a compreensão das dificuldades e desafios nesta área podem também contribuir para que o efetivo e produtivo ingresso de mais psicólogos no SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SAÚDE ANTES DO SUS

A organização sanitária brasileira no início da República, período também conhecido como República Velha, era rudimentar e centralizada. Apenas as pessoas que detinham algum capital eram tratadas por médicos particulares e aqueles que nada tinham deviam contar com a filantropia e casas de misericórdia. Existia uma omissão do poder público e não havia um órgão similar a Ministério da Saúde (PAIM, 2011).

Ainda de acordo com Paim (2011), a realização de campanhas sanitárias e a reforma dos órgãos federais marcaram a saúde pública brasileira naquela época. Houve diversas epidemias de febre amarela, varíola e peste, que comprometeram a economia agroexportadora, forçando então o poder público a tomar medidas sanitárias nas cidades. Hochman, citado por Lima (2006), afirma que essa época da Primeira República pode ser considerada como a “era do saneamento”.

No período da ditadura militar, que teve início em 1964, houve uma crescente mercantilização da saúde, fazendo com que o espaço da iniciativa privada fosse expandido. Apesar da saúde no Brasil nessa época ser predominantemente privatizada, Carvalho (2013) pontua que já havia um novo pensamento surgindo principalmente através dos movimentos sociais que ocorriam na época:

Nos porões da ditadura gestava-se um sistema de saúde que tinha como objetivo colocar a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado. Essa organização em defesa de um sistema público de saúde com integralidade e universalidade acontecia em pleno regime autoritário, mas sempre na perspectiva de sua superação. (CARVALHO, 2013 p.7)

Com o fim do regime militar, o Brasil entra em uma fase de redemocratização, que é conhecida como Nova República. A população, cada vez mais, contesta o modelo de saúde governamental e, para que houvesse alguma mudança, configurou-se um movimento social, com participantes de diversos grupos da sociedade, denominado de movimento da Reforma Sanitária, que construiu as bases do que veio a ser o Sistema único de Saúde (SUS). De acordo com Carvalho (2013, p. 9-10), “o movimento foi crescendo e culminou com uma grande assembléia em 1986, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, com cerca de cinco mil pessoas

do Brasil inteiro que referendaram a proposta da Reforma Sanitária”. As deliberações desta Conferência foram, por sua vez, a base para as formulações sobre a saúde definidas na Constituição Federal de 1988. Assim, como escreve Lima (2006 p. 78): “Em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promulgada a oitava Constituição do Brasil. [...] Em seu artigo 196¹, a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado”. A partir daí fica estabelecido o compromisso e dever do Estado com a construção de um sistema nacional de saúde, universal e igualitário.

2.2 O SUS

O sistema público de saúde brasileiro foi denominado de Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidado pela Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 2011a p.12) e também pela Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 2011a p. 46).

Conforme o artigo 198² da Constituição Federal, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011a p. 9). Além disso, o artigo cita princípios e diretrizes que devem ser seguidos para uma melhor organização do sistema: os princípios da universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes da descentralização, integralidade e participação social.

¹ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011, p.9).

² Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 2011, p.9).

O preceito da universalidade garante que a saúde é um direito de todos, inclusive o “[...] acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 2011a p. 15). Já o princípio da integralidade:

[...] é um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados. Colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico. (BRASIL, 2000, p.31)

O princípio da integralidade garante também ao usuário uma atenção que abrange ações de prevenção, promoção, reabilitação, o que envolve acesso a todos os níveis de complexidade do sistema (PAIM, 2011).

A respeito do princípio da equidade, Teixeira (2011, p.5) diz: “A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade.”. Este princípio busca diminuir as diferenças sociais e regionais que existem no Brasil buscando, assim, um maior equilíbrio. É a igualdade sem privilégios ou preconceitos (BRASIL, 2009a).

Por ser uma rede hierarquizada, é necessário que exista uma estratégia regional de atendimento, uma parceria entre estado e municípios, existindo, dessa forma, serviços para graus de complexidades diferentes. E, considerando também a diretriz da integralidade, esta rede de serviços se organiza em três níveis de complexidade: a atenção básica que compõe o primeiro nível de atenção, a alta complexidade, que se refere a procedimentos de alto custo e alta tecnologia (BRASIL, 2009a) e a média complexidade, que:

Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009a, p207).

Ainda que a presente pesquisa tenha se centrado nas ações de assistência à saúde, especificamente nos serviços da atenção básica, é importante ressaltar que o SUS não se resume à sua rede de serviços de saúde tais como as Unidades Básicas ou aos hospitais. O SUS é um sistema nacional que tem, ainda, para além da assistência, atribuições em outras áreas ligadas à prevenção, promoção e reabilitação da saúde o que inclui, por exemplo, todos os campos e ações de vigilância sanitária, saúde do trabalhador e vigilância epidemiológica, assim como

ações ligadas a sangue e seus derivados e insumos relacionados à saúde (BRASIL, 2011).

2.3 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é a porta de entrada dos usuários dos SUS e

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012 p. 19-20).

O uso dos termos atenção básica e atenção primária merece uma breve discussão, uma vez que, por vezes, os dois termos são tratados como sinônimos; outras vezes os termos se opõem e até mesmo são sobrepostos um a outro (MELO, 2009). Para Boing e Crepaldi (2010, p.636) o termo atenção básica “[...] tem um sentido mais amplo, e compreende ações integrais que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Já Sampaio e Lima, citados por Romanholi (2004, p.107), defendem uma equivalência no sentido dos termos, considerando a expressão Atenção Básica como uma “nomenclatura brasileira atual para a atenção primária”

Há críticas à forma como a APS tem sido historicamente implantada em alguns países, de forma conservadora e com enfoque nas doenças e em grupos populacionais específicos. Isto, provavelmente, influenciou o Ministério da Saúde ao criar a expressão Atenção Básica, para definir uma forma própria de organização dessa estratégia de atenção à saúde, incorporando novos princípios e aprofundando aqueles definidos na

Conferência de Alma Ata, em 1978, com a adoção do enfoque promocional da saúde. O PSF, com seus princípios estabelecidos e reconhecidos, é entendido como o formato operacional dado à implementação da atenção básica, nomenclatura brasileira atual para a atenção primária (SAMPAIO; LIMA apud ROMANHOLI, 2004, p. 107).

Os princípios e diretrizes defendidos pelo SUS incentivaram a construção de modelos de atenção com o objetivo de amparo das necessidades de saúde da população (SOCCHI, et al., 2008). No modelo brasileiro, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais destinados ao acesso da população para atendimentos de atenção básica e integral. As UBS oferecem ações ligadas às especialidades básicas como clínica geral, pediatria e ginecologia-obstetrícia, serviços odontológicos e ações gerais de prevenção como a vacinação, por exemplo. Também podem oferecer outras especialidades distribuídas irregularmente pela unidade ou cuja oferta pode ser solicitada através de encaminhamento/agendamento em outros serviços. De acordo com decisão da gestão local, as unidades podem oferecer serviço de pronto atendimento 24 horas, porém não é obrigatório (ELIAS et al., 2006; ESPÍRITO SANTO, 2006).

As características citadas acima se referem ao modelo geral da Atenção Básica, porém, a orientação atual do Ministério da Saúde é de que este nível de atenção se organiza com base na Estratégia da Saúde da Família (ESF), que foi implementada na década de 90 com o objetivo de consolidar o SUS no âmbito da política de saúde (ALVES, 2005). De acordo com a Portaria nº 2.488, a ESF possui certas especificidades para existir:

Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011b).

Ainda de acordo com o ato oficial, o número de equipes deve ser definido de acordo com o número da população a ser atendida uma vez que a portaria define o número de profissionais delimitando a quantidade máxima de pessoas que deve ser atendida por cada profissional/equipe com vistas a manter a qualidade do cuidado. No caso dos agentes comunitário de saúde (ACS), o número máximo de pessoas por profissional é de 750 e, no caso da equipe de saúde da família (eSF), cada uma deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas. É válido ressaltar que nem toda unidade de saúde se organiza com a ESF, cabendo aos gestores locais definir se o

município adotar ou não a ESF e se o fará para todas as UBS do município ou para que proporção destas (secretário de saúde e prefeito). Por este motivo, relacionado à autonomia de cada ente federado, os municípios podem ter ou não a ESF ou ainda ter a ESF em algumas UBS enquanto outras funcionam pelo modelo tradicional da Atenção Básica (BRASIL, 2011b; 2012).

Além dos profissionais exigidos pela portaria acima citada, pode haver também profissionais atuando como equipe de apoio nas Unidades Básicas de Saúde, normalmente constituída pelos profissionais de serviço social, fisioterapia, psicologia, entre outros. A inserção destes profissionais de apoio não era citada em momento algum nos documentos referentes à Atenção Básica ou a Estratégia de Saúde da Família. Porém, a partir do funcionamento desta e da observação da complexidade envolvida na atenção à saúde neste nível de atenção, com o objetivo de apoiar as equipes da ESF e também para garantir uma maior abrangência das ações da atenção básica, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), regulamentado naquele momento pela Portaria GM nº 154 (BRASIL, 2008). Esta portaria ressalta que o Nasf não é constituinte da porta de entrada do SUS, mas que atua de forma integrada à rede e possui algumas responsabilidades:

O Nasf é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009b, p. 10-11).

São variados os profissionais mencionados pela portaria que podem compor o Nasf, como: assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo, nutricionista; psicólogo, terapeuta ocupacional, entre outros. É válido ressaltar que é através do Nasf que pela primeira vez a psicologia foi oficialmente inserida no campo da Atenção Básica (BRASIL, 2009b).

Podemos perceber que os profissionais de psicologia não estão situados na equipe mínima das UBS, e sim são integrantes da equipe ampliada, entendida como equipe de apoio. “Não há, na prática, um local definido para o psicólogo no nível primário de

atenção” (BOING, 2010, p. 637) e sua inserção foi realizada tardiamente se comparada a outras profissões.

Através do princípio da integralidade [...] o SUS abre portas para novos atores nas equipes de saúde. Para cuidar da saúde de forma integral, torna-se imprescindível que, no primeiro nível de atenção, haja equipes interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais. O psicólogo, nesse contexto, oferece uma importante contribuição na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade (BOING, 2010, p.636).

2.4 COMO A PSICOLOGIA ESTÁ INSERIDA NAS UBS

A prática do psicólogo sempre foi conhecida no setor privado, dentro de consultórios particulares, escolas e empresas. Em geral, só tinha acesso a este profissional quem dispunha de recursos financeiros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Porém houve uma grande pressão do mercado de trabalho para que esse campo de atuação fosse ampliado. Dimenstein (1998) aponta dois principais motivos para que o mercado tenha impulsionado: o primeiro foi a diminuição da busca por atendimentos psicológicos nos consultórios devido à crise social e econômica vivida na época. O segundo motivo apontado é o crescente número de profissionais recém-graduados.

A entrada das práticas psicológicas nas instituições públicas de saúde se deu por vários motivos. Dentre eles, a falta de opção de entrar no mercado dos atendimentos privados, a qual até nos dias atuais é ambição dos profissionais recém-formados. Porém, essa forma de atuação mostra que o seu alcance social é mínimo (DIMENSTEIN, 1998). Assim, por ser considerada como uma atividade “de luxo”, a psicologia vinha sendo alvo de críticas, tanto dentro quanto fora da categoria, com o argumento de que a psicologia clínica não apresentava grande significado social. Dessa forma, os hospitais, ambulatórios, postos de saúde se configuraram como locais em que se faz possível a construção de novas práticas e como uma forma de resgate do prestígio social que a categoria havia perdido ao longo dos anos. Além deste fator, os serviços públicos passaram a ser visados tanto pelos profissionais recém-formados, pelo fato da saturação do mercado privado, quanto pelos que já estavam há algum tempo atuando no mercado. Isto se deu devido à interpretação dos profissionais em relação aos benefícios do emprego público, que incluíam a

estabilidade e a carga horária reduzida, permitindo, assim, a permanência do exercício clínico (DIMENSTEIN, 1998).

A inserção do psicólogo na saúde pública brasileira na década de 60, na área da saúde, estava relacionada à saúde mental, principalmente hospitais psiquiátricos. A principal forma de atuação desses profissionais era o modelo clínico (MARCON; LUNA; LISBOA, 2004).

A psicologia da saúde se afasta do modelo biomédico e aproxima-se do modelo biopsicossocial, devendo, então, o profissional atuar em conjunto com profissionais de diferentes formações. Para Bucher (2002 p.214), “No Brasil, a Psicologia da Saúde, enquanto disciplina é uma área nova no campo da psicologia de modo geral”. Castro e Bornholdt (2004 p.50) atentam que o profissional desta área de atuação deve basear suas ações “[...] principalmente na promoção e na educação para a saúde, que objetiva intervir com a população em sua vida cotidiana antes que haja riscos ou se instale algum problema de âmbito sanitário”. Através dessas ações, a população passa a ter mais autonomia do cuidado de sua saúde (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

Em 1980, Matarazzo (apud Kerbauy, 2002) descreveu a psicologia da saúde como:

Um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, e a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde. Matarazzo (apud KERBAUY, 2002, p. 15)

De acordo com Bucher (2002, p.221), “o papel do psicólogo da saúde é bastante amplo e exige um conhecimento multidisciplinar” e, a partir do desenvolvimento dessa área, mudanças foram introduzidas, abrindo um espaço importante no âmbito da prevenção de doenças e promoção da saúde.

A multidisciplinaridade e interdisciplinaridade são diretrizes da Atenção Básica, devendo, então, os profissionais inseridos neste nível de atenção organizar suas ações baseados nestas diretrizes. A multidisciplinaridade é caracterizada pela:

[...] justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo de iniciativas entre si e de organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas (FURTADO, 2007, p. 241)

Ou seja, através da multidisciplinaridade cada profissional de uma área específica analisa o sujeito, sem que haja, necessariamente, uma troca de informações entre esses profissionais. Já na interdisciplinaridade, na qual

[...] seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam, também, a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas. Deve-se perceber que, aqui, não há simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente. Espera-se que daí surjam novos conhecimentos e posturas dos pesquisadores envolvidos (FURTADO, 2007, p. 242)

Há, ainda, a proposta/expectativa de que seja possível a atuação transdisciplinar, sendo que, para alguns autores, tal como citado por Furtado (2007, p. 242) “esse termo seria um horizonte inalcançável, tendo como função o direcionamento do caminho, tensionando os esforços em busca de modos de entrosamento mais profundos entre campos disciplinares.”

Campos e Guarido (2007) refletem sobre alguns outros importantes conceitos em que os profissionais de psicologia devem se fundamentar ao realizar práticas no Sistema Único de Saúde. A saúde coletiva é o primeiro conceito citado: a saúde coletiva possui como objeto “[...] a relação dos indivíduos no território, sendo o sujeito um indivíduo inserido, em relação, nesta coletividade que habita este território. Seu processo de trabalho é necessariamente multiprofissional” (CAMPOS; GUARIDO, 2007 p. 91). Podemos perceber então que a formação do psicólogo é consolidada de modo contrário do que se acredita que se deve atuar na saúde pública, pois os profissionais, desde a graduação, são instruídos a exercer suas atividades que forma que atendam o sujeito a partir de sua “[...] queixa, com a patologia, com o cliente e sua verdade” (CAMPOS; GUARIDO, 2007 p. 91) fazendo com que o haja um conflito entre o que foi ensinado na faculdade e o que o profissional encontra na prática. A saúde coletiva exige que exista uma clínica que se amplie e também amplie o sujeito, lidando dessa forma com sua subjetividade. “O foco do trabalho é o *sujeito integral* [...] Ele é o ponto de partida, é quem busca ou necessita de cuidado” (CAMPOS; GUARIDO, 2007 p. 93).

Em sua pesquisa realizada em 2006 para a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Spink e outros (2007) mostram que ainda são poucos os

psicólogos ativos atuando no Sistema Único de Saúde. O levantamento realizado mostra que

A proporção entre o número de psicólogos(as) que possuem vínculos com o SUS e o número de psicólogos(as) registrados no Sistema Conselhos de Psicologia, varia de 7,97% dos psicólogos da Região Centro-Oeste a 14,76% dos psicólogos da Região Nordeste. A média no país é de 10,08% do número total de psicólogos, que possuem algum tipo de vínculo com o SUS. (SPINK et al., 2007 p.59).

Na mesma pesquisa, a fim de compreender o que tem sido produzido na área da psicologia e da saúde pública, principalmente no que concerne à prática nesta área, Spink e outros (2007) realizaram no ano de 2006 um levantamento de artigos e livros. Os autores buscaram artigos em duas principais bases de dados: INDEX-PSI e LILACS, sendo que o primeiro possui referências de artigos publicados desde o ano de 1949 e o segundo reúne temas do campo da saúde em geral desde o ano de 1986. Já para o levantamento de livros e capítulos, foi solicitado para alguns psicólogos que participavam de um grupo de discussão que sugerissem algumas referências além de realizar uma busca no site INDEX-LIVROS. Foram obtidos 993 artigos e 354 livros. Os autores encontraram poucas publicações entre os anos 1955 e 1974, porém, a partir dos anos 80, as produções sobre o tema cresciam ano a ano. Eles explicam o motivo deste crescimento nesta época:

Em primeiro lugar, foi a partir da década de 1980 que se deu a inserção da Psicologia nos serviços de saúde, em decorrência da orientação das ações para a atenção básica nas várias experiências de re-ordenação da Política de Saúde que antecederam a legislação do Sistema Único de Saúde. Esse movimento teve reflexos na abertura de concursos e na estruturação de estágios de Psicologia em serviços de saúde como estratégia de formação na graduação. (SPINK et al., 2007 p.153)

Foi realizada, então, uma segunda pesquisa nas mesmas bases de dados utilizadas anteriormente, porém com uma filtragem maior. Desta vez, os pesquisadores buscaram os termos psicologia, saúde coletiva, SUS, sistema único de saúde, saúde e foram inseridos nas filtragens os princípios políticos do SUS. Desta vez, foram encontrados 48 artigos entre os anos de 1955 e 2004, sendo que a maior concentração de produção estava localizada entre os anos de 1995 e 2004. Os autores perceberam que os principais temas dos artigos tinham a temática da prática e formação profissional (SPINK et al., 2007)

Na atualidade, a prática do psicólogo na saúde pública continua sendo muito discutida. Spink e outros (2007) apontam dois grandes desafios que a Psicologia irá enfrentar no SUS. O primeiro será construir saberes e práticas mais alinhadas aos

princípios do SUS devido à sua diversidade de teorias, práticas e ideologias. O segundo desafio é o fato de que, historicamente, o psicólogo possui uma identificação com o modelo médico-normativo, bem como o costume da prática privada. Essas duas características citadas formaram a identidade cultural do psicólogo. Os autores completam:

A perspectiva diagnóstica e clínica, que tem sido produzida nas unidades de saúde do SUS por meio de práticas dissociadas dos contextos sócio-sanitários e da integralidade, trazem a marca do enorme desafio de formação, pesquisa e organização do trabalho que a psicologia tem pela frente (SPINK et al., 2007, p.45).

Outro fator que os autores apresentam é que muitos psicólogos têm construído discursos baseados na Política Nacional de Humanização (PNH), que aponta a necessidade de que toda política e ação de saúde devem ter como eixo a humanização. Este termo explicita a crítica ao modelo da medicina moderna e sugere que o indivíduo deve ser elevado à condição de sujeito, apresentando necessidades que vão além dos cuidados com o corpo e com a doença. Porém, muitas vezes o profissional de psicologia não é capaz de realizar articulações com os princípios e diretrizes do SUS (SPINK et al., 2007).

Ainda tendo como referência a pesquisa de Spink e outros (2007) foi perguntado a uma amostra dos psicólogos atuantes no Sistema Único de Saúde qual o motivo que esses profissionais tiveram para ingressarem no SUS. Dois conjuntos de respostas se destacaram:

[...] os caminhos que levam o SUS são bastante diversificados; há aqueles que ingressam nos serviços de saúde por vocação, paixão, desejo de ajudar a população carente ou, ainda, por projeto político pessoal [...] paralelamente, há quem o faça simplesmente por ser esta a opção que lhes apareceu em um mercado de trabalho sabidamente precário (SPINK et al., 2007 p.73)

Esta pesquisa investigou também as práticas que esses profissionais que atuam no SUS mais realizavam e teve como resultado que 80% dos psicólogos ainda realizam principalmente atividades clínicas individuais, ainda que já apareçam no cenário das práticas outras ações importantes como, por exemplo, as “[...] tarefas ligadas ao planejamento e gestão do trabalho, nas quais todos os profissionais devem estar envolvidos, como, por exemplo, o conhecimento das demandas do território, dos recursos públicos e comunitários [...]” (CAMPOS; GUARIDO, 2007 p. 84-85). As ações tanto com a comunidade quanto as intersetoriais, trabalhos ligados à promoção de saúde, trabalhos de geração de renda e apoio matricial também foram deixadas de lado, segundo as respostas dos profissionais.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), após realizarem pesquisa com psicólogos que atuavam em serviços da atenção básica do SUS, elaboraram um relatório que aponta que entre as ações desenvolvidas pelos profissionais foi percebido que existe uma grande variedade de formas de intervenção, sendo que dentre elas destacam-se o atendimento individual, grupal, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e atividades que visam à promoção à saúde e a prevenção de doenças. De todo modo, o relatório também demonstra que entre os psicólogos atuantes na Atenção Básica a atividade principal são os atendimentos individuais. Dentro desta modalidade destacam-se os atendimentos de caráter emergencial, ligados a questões de violência doméstica, transtornos psiquiátricos entre outros; as triagens também foram mencionadas para aqueles casos em que há a demanda espontânea ou encaminhamento da rede de serviço ou da própria equipe (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

Em relação ao atendimento em grupo, os psicólogos mencionaram que essas atividades podem ser realizadas tanto pelo psicólogo apenas quanto também com outros profissionais da equipe, atendendo assim demandas que aparecem nos seus campos de atuação. Assim como os atendimentos individuais, existem variados tipos de atividades em grupos. As atividades mencionadas pelos psicólogos participantes do relatório foram os grupos de acolhimentos, que visam além de acolher o usuário, à identificação das demandas para a realização de atendimento; os grupos terapêuticos e de apoio, que são destinados aos usuários e seus familiares e grupos de orientação, que também são destinados para a comunidade. Cada grupo possui o seu público-alvo como grupo de tabagistas, grupo de orientação para pais, gestantes, pacientes com depressão e outros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

As oficinas também foram mencionadas pelos psicólogos. Essas oficinas são realizadas com crianças, adolescentes, sujeitos com casos de neurose leve, oficinas que abordam temas como projeto de vida, auto-estima e sexualidade. Os grupos temáticos também foram destacados no relatório, sendo que alguns dos profissionais disseram atuar na coordenação desses grupos ou atuar diretamente nos grupos temáticos. Dentre os temas relatados estão os grupos de lazer, grupos de promoção à saúde, grupos de hipertensos, diabéticos e odontologia; o último

grupo exposto foi o grupo informativo e de realização de palestras, grupos realizados nos locais de trabalho bem como em outras instituições como escolas e empresas. Os temas dos grupos variam: sexualidade, mercado de trabalho, drogas, DST/HIV/Aids (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado como uma característica importante da Atenção Básica e muitos psicólogos relataram que, apesar das dificuldades, realizam atividades provenientes deste trabalho em equipe. Essas atividades estão distribuídas em: reunião de equipe para discussão de casos clínicos, que podem envolver diversos profissionais como os agentes comunitários de saúde, assistentes sociais e enfermeiros. Outra atividade em equipe multidisciplinar citada pelos psicólogos foi a capacitação da equipe como a educação em saúde e palestras informativas tendo os funcionários como público-alvo. Também foram mencionadas as visitas domiciliares, atividade considerada como prática comum entre os profissionais, realizadas quando há a limitação ou impossibilidade por parte do usuário de se dirigir à unidade. Geralmente, as visitas são feitas junto aos demais profissionais da ESF (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

Quanto aos desafios vividos pelos profissionais no campo da Atenção Básica, foram citados fatores como a formação acadêmica, principalmente pelo fato desta ser embasada nas práticas tradicionais, e a falta de formação específica, apontada como um desafio da profissão na área. Também foram citadas a “medicalização” excessiva (o relatório não esclarece que definição seria dada a este termo), a elevada demanda de atendimento e a necessidade de se ter uma alta produtividade. Alguns psicólogos entrevistados chegam a relatar que são os únicos profissionais da Unidade de Saúde responsáveis em atender toda a população, outros descrevem a existência de longas filas de espera também ligadas a esta demanda. O espaço físico e os recursos foram apontados como desafios para a realização do trabalho. Os profissionais comentam a ausência de recursos audiovisuais, computadores e de material lúdico, outros apontam a falta de espaço para a realização de atendimentos em grupo. A carga horária foi considerada um desafio da profissão, principalmente por ser citada como uma das maiores jornadas dentro da Atenção Básica. Aliado a isso, os salários, se comparados a outros profissionais do mesmo campo de

trabalho, foram apontados como insatisfatórios (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

Ainda falando sobre os desafios, no que se refere à relação ao trabalho em equipe e em rede, o relatório do Conselho Federal de Psicologia aponta que:

Foram indicadas dificuldades de relacionamento entre os (as) profissionais, a não integração dos saberes das diferentes disciplinas e a grande rotatividade dos (as) profissionais da equipe. Foram referidas ainda dificuldades em relação ao trabalho em equipe devido a frequentes mudanças na composição das mesmas, provocando desarticulação do trabalho (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010 p.40)

Muitos profissionais destacam também como desafio manter o sigilo com relação ao que é dito dentro dos consultórios, visto que a anotação no prontuário é um dos procedimentos da equipe multidisciplinar, o que possibilita que outros profissionais possam também entrar em contato com aquilo que o psicólogo escreveu, infringindo o sigilo profissional que está determinado no Conselho de Ética profissional da psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

Em relação à saúde mental e à Atenção Básica a Saúde, os psicólogos apresentaram alguns desafios, como a ausência de psiquiatras na rede para que os usuários sejam encaminhados, a dificuldade de relacionamento entre os profissionais que atuam na rede e os usuários de saúde mental. “As dificuldades referidas estão relacionadas a forma de atendimento prestado por esses profissionais aos usuários, seja por problemas de aceitação desses usuários, seja pelos poucos conhecimentos do campo da saúde mental” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010, p. 45-46).

Em outro documento elaborado como orientação para gestores com relação às contribuições que a psicologia pode dar ao SUS o Conselho Federal de Psicologia afirma que

Embasados com formação científica e profissional, capacitados para abordar as questões subjetivas, as (os) psicólogas (os) têm contribuições importantes para as equipes multiprofissionais de saúde, qualificando o entendimento dos problemas – individuais e coletivos – da população e, assim, tornando mais efetivas as respostas a eles. Ao atuar com elementos subjetivos, psicólogas (os) contribuem com o entendimento da relação saúde-doença. Eles identificam como ideias, crenças, sentimentos e pensamentos são parte dos processos de prevenção e tratamento que precisam ser trabalhados nas Políticas de Saúde. Atuam também na humanização do atendimento e na qualificação da relação entre as equipes, os usuários da saúde ou as comunidades inseridas em cada território (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p.7)

O documento destaca que “Um dos aspectos que precisa ser objeto de análise é a precarização das relações de trabalho. A escassez de recursos é um dos fatores que, por vezes, leva a contratações temporárias ou mediante terceirizações” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 17). E muitos psicólogos estão atuando no campo com o regime de contrato. O documento enfatiza que este tipo de regime de trabalho por ser de curto prazo, além de prejudicar uma população que carece de uma atenção de permanente, “[...] cria ausência de vínculos, e fragilização do serviço e produz problemas administrativos” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 17).

Daneluci (2010), em sua dissertação “Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na Atenção Básica”, identificou em três psicólogos atuando em Unidades de Saúde de uma região metropolitana de São Paulo suas práticas realizadas, buscou verificar as especificidades desses profissionais e, por último, que avaliação que esses profissionais tinham a respeito de seus trabalhos.

Em relação às práticas citadas pelos psicólogos entrevistados, a maioria das atividades citadas são realizadas dentro da própria Unidade. Das três profissionais entrevistadas, duas atuam no Programa de Saúde da Mulher, em grupos com adolescentes, mães, gestantes com temas variados como: planejamento familiar, prevenção de gravidez na adolescência, acompanhamento de gestantes, avaliações psicológicas de laqueadura e vasectomia. Uma das profissionais relatou que não realiza atendimentos individuais, encaminhando o sujeito para outra equipe que possa fazer esses atendimentos, e no caso de haver alguma necessidade da realização deste tipo de atendimento, a profissional realiza “atendimentos breves de psicologia”, afirmando que os atendimentos individuais são breves, pois não possui muito tempo para este tipo de trabalho (DANELUCI, 2010).

Outra entrevistada relatou que no seu campo de atuação há uma alta demanda para atendimentos individuais, enfatizando que devido a isso começou a separar os casos similares para realizar grupos. “[...] a determinação pelo trabalho ser realizado de forma individual ou em grupo, se deu mais por conta da demanda do que por uma discussão teórica e técnica.” (DANELUCI, 2010, p.96).

Foi identificado também como prática de uma das profissionais alguns trabalhos externos em igrejas, escolas e atendimentos de casais em outros bairros. Esses atendimentos externos só ocorriam devido à condição financeira da população

atendida. Essa mesma profissional, que participa do programa de Saúde da Mulher, mencionou realizar grupos de acolhimento. Esses grupos ocorrem como um primeiro atendimento, com o intuito de procurar qual a demanda a mulher participante do grupo está trazendo, já assumindo que há algum problema naquele sujeito. Não foi identificado na fala desta profissional que neste grupo de acolhimento haja trabalhos de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ainda mencionando a prática da mesma profissional, foi citado que existe um grupo de planejamento familiar que é desenvolvido junto com uma enfermeira, sendo que a cada encontro uma profissional é responsável pelo grupo (DANELUCI, 2010).

Em relação ao trabalho em equipe, uma das profissionais relata que além de realizar atendimento com os usuários, faz atendimento com os funcionários do campo, demonstrando assim que o profissional de psicologia ao mesmo tempo em que é parte integrante da equipe acaba sendo também o psicólogo daqueles que a procuram para atendimentos mais pontuais (DANELUCI, 2010).

No que diz respeito às dificuldades encontradas pelos profissionais, duas psicólogas relataram a falta de recursos materiais como a própria sala, computador, data show, dentre outros materiais. A forma que as profissionais encontraram para lidar com esta dificuldade foram elas mesmas levarem os materiais necessários para a realização de suas atividades (DANELUCI, 2010).

Uma crítica que a autora apresenta é que durante as entrevistas as psicólogas mencionaram casos que atendem mas que, na interpretação da autora, não competem a elas, profissionais da Atenção Básica, pois estão tratando de casos que, pela complexidade e pelos procedimentos, seria mais apropriado que fossem encaminhados para outros níveis de atenção. A autora complementa:

Nessa perspectiva, consideramos a questão do encaminhamento aos serviços especializados, mas problematizamos em relação aos casos de emergência que chegam às Unidades e precisam de um acompanhamento imediato; cabe ao psicólogo acolher e realizar um atendimento para posterior encaminhamento ou encaminhá-lo, sabendo das reais possibilidades e das atividades da Psicologia na Saúde Pública, e que as atividades da Psicologia não sejam reconhecidas somente nessa especificidade (DANELUCI, 2010, p. 126).

Em relação ao embasamento teórico que as profissionais utilizam para a prática, foi observado em uma das entrevistas modos de intervenção apresentando juízos de valores, ou seja, “[...] parece que o trabalho se pauta mais pelo coercitivo do que pela via compreensiva da dinâmica psíquica e social” (DANELUCI, 2010, p. 129).

Outra psicóloga relatou que acredita que as técnicas não devem ser engessadas, e sim variar de acordo com o paciente e a demanda que ele traz. Aponta também que há uma grande diferença entre aquilo que é ensinado aos alunos na graduação e o que é vivenciado na prática. (DANELUCI, 2010).

A formação profissional dos psicólogos é uma das temáticas mais abordadas pelos pesquisadores quando se discute sobre a inserção e prática psi na Atenção Básica. Bernardes (2007) informa em seu texto que a profissão de psicologia sempre foi produtora de profissionais liberais, até mesmo antes de a profissão ser regularizada, porém este mercado de profissionais atuando somente em clínicas começa a perder espaço, principalmente pelo aumento de formados, que cresce a cada ano que passa. O autor, então, recomenda: “É necessário, portanto, a reorientação da formação (ao menos parte dela) para o setor público, além do direcionamento aos movimentos populares.” (BERNARDES, 2007, p.108)

Bernardes (2007) também realizou uma discussão sobre as abordagens teóricas utilizadas pelos profissionais que atuam no SUS. A psicanálise foi a abordagem teórica mais citada, seguido da abordagem experimental e da cognitiva. O autor cita aqueles profissionais considerados ecléticos, pois relataram mais de uma abordagem. Esses profissionais explicaram que a escolha de uma abordagem depende da demanda que irá surgir.

Em um estudo realizado por Oliveira e outros (2004), abordando a temática da prática profissional e formação acadêmica dos psicólogos atuantes em Unidades Básicas de Saúde, no que se refere à formação acadêmica, a maioria escolheu a atuação na clínica no estágio curricular

Esse resultado não surpreende, apenas reafirma a tendência curricular [...] dos docentes voltada para a clínica, que não aparece como disciplina específica na grade curricular [...] A “clínica” está diluída por toda a formação, e se constitui muito mais em uma base técnica e teórica do que em um espaço de atuação (OLIVEIRA et al., 2004, p.79)

Paulin e Luzio (2009) também debatem o mesmo tema abordado acima e apresentam idéias de que as grades curriculares dos cursos de Psicologia devem sofrer alterações:

[...] os novos currículos de Psicologia devem conter disciplinas capazes de capacitar o profissional para a atuação na Saúde Pública. Para isso, é necessário apresentar a teoria contextualizada com a prática. Porém, essa prática não deve limitar-se apenas a um modelo de clínica, individual e elitista, mas levar em conta as diversas realidades sociais vividas pelos

usuários do Sistema de Saúde Além disso, os cursos de Psicologia devem estar atentos à formação de profissionais críticos, e não somente técnicos, pois esta é uma das características necessárias para a sustentação do projeto do SUS e de uma atuação consistente na ESF. (PAULIN; LUZIO, 2009 p.105)

Oliveira e outros (2004, p.81) alertam: “Entretanto, atribuir unicamente à formação acadêmica a responsabilidade por uma atuação predominantemente clínica, e até mesmo pela preferência desta, é no mínimo uma análise superficial”, visto que a maioria dos psicólogos entrevistados já havia se formado há mais de vinte anos, de maneira que não há a possibilidade de os pesquisadores inferirem que a formação profissional ainda interferia na atuação no momento em que a pesquisa foi realizada.

No que se refere à atividade realizada pelos profissionais entrevistados, em primeiro lugar estão aqueles que responderam que, além do atendimento individual, realizam atividades como palestras, visitas a escolas e domicílios, e planejamento em equipe; em segundo lugar estão aqueles profissionais que realizam apenas atendimento clínico individual, seguido daqueles que fazem tanto o atendimento clínico individual quanto em grupo. Muitos profissionais justificam sua forma atuação alegando que a “[...] inexistência de local adequado não permite outras práticas, falta de credibilidade das práticas psicológicas diferentes das tradicionalmente estabelecidas e ausência de preparo para atender “demandas sociais” (OLIVEIRA et al., 2004 p. 82). Foi percebido pelos pesquisadores que não há uma busca por parte dos profissionais em realizar atividades que ultrapassem o atendimento clínico individual

É fato que a clínica tradicional continua sendo a principal referência para o trabalho do psicólogo. [...] A questão que se coloca é que a despeito do reconhecimento de que o modelo atual não é suficiente para atender à demanda crescente por serviços psicológicos [...] não se conseguiu avançar na construção de um corpo de conhecimentos que permita à psicologia transitar com tranquilidade e segurança em esferas fora das quatro paredes de seus consultórios. (OLIVEIRA et al., 2004 p. 82).

Sobre o público atendido nessas unidades, os profissionais relatam que a maioria são mulheres, de baixa renda. E em relação à idade, os entrevistados relataram que estão recebendo muitas crianças que estão sendo encaminhadas pela escola e, no caso de adultos, as demandas são espontâneas (OLIVEIRA et al., 2004).

Quando questionados sobre atividades em conjunto com outros profissionais, a maioria respondeu que não desenvolve trabalhos em conjunto com a equipe da Unidade Básica, recebendo apenas encaminhamentos. Os profissionais que afirmam realizar trabalhos com a equipe indicam que esses trabalhos são feitos em forma de encaminhamentos, solicitação de laudos e pareceres. Os autores

complementam: “[...] a idéia de trabalho conjunto é bem diferente do que se imagina em uma equipe multiprofissional.” (OLIVEIRA et al., 2004 p. 84).

A conclusão chegada pelos autores é de que a prática desses profissionais entrevistados vai de encontro aos princípios do SUS, pois “além de eleger uma pequena parcela de usuários, ferindo o princípio da universalidade, estabelece condições mínimas para o atendimento psicológico, contrariando o da equidade.” (OLIVEIRA et al., 2004 p. 86). A conclusão alcançada pelos autores não significa dizer que o atendimento clínico individual não tenha espaço na saúde pública, mas há a necessidade de que os profissionais que atuam neste campo repensem suas atividades de modo que cumpram os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. “A Psicologia precisa pensar em novas formas de ação em saúde pública, que ultrapassem as fronteiras institucionais, resgatem a cidadania dos usuários e caminhem para um enfoque preventivo” (OLIVEIRA et al., 2004 p. 87).

Nepomuceno e Brandão (2011) realizaram uma pesquisa com oito psicólogos que atuam em residências multiprofissionais em Saúde da Família. Os autores abordaram temas referentes à Psicologia e SUS e Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família. Sobre os desafios a serem alcançados pela profissão de modo que ela avance nesta área, os participantes da pesquisa criticaram a prática tradicional clínica e relataram a importância da elaboração de novos modelos clínicos. “Tais modelos de trabalho psicológico, principalmente o da psicoterapia de longa duração, foram percebidos, na experiência dos autores na ESF, como ineficazes no enfrentamento de questões sociais e coletivas colocadas pelo trabalho no SUS” (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p. 768). A necessidade de um maior preparo para lidar com as políticas públicas e de realizar um maior investimento em ações voltadas para a atuação multidisciplinar e interdisciplinar são fatores apontados pelos profissionais, o que indica a pouca prática que a categoria possui na saúde pública (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011).

Em relação ao papel da Psicologia no SUS, destaca-se a necessidade de haver uma visão ampliada da saúde, salientando a superação do modelo clínico biomédico, que foca na patologização do sujeito e na cura de doenças e sintomas

A Psicologia, portanto, situa-se na busca de aprimoramento do olhar e da intervenção sobre o contexto social e os fatores sócio-psicológicos, que estão interligados na base das necessidades e dos potenciais de saúde da população a ser assistida [...] O papel da Psicologia no SUS, portanto,

aparece ligado a um conceito ampliado de saúde, ao desenvolvimento de uma visão ampliada sobre as interações presentes no processo saúde-doença e no trabalho em saúde (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p. 769).

Os autores apontam em sua pesquisa abordam também a Estratégia de Saúde da Família em três aspectos: como os profissionais veem a Estratégia, sua atuação e o papel da profissão na ESF. Em relação à visão que os psicólogos têm é a que a ESF é uma política imprescindível para a efetivação do SUS e para a concretização das mudanças do modelo de atenção à saúde, facilitando, dessa forma, as novas práticas de saúde que escapem do modelo clínico biomédico. Para que isso ocorra, foram destacados “a importância do planejamento das ações e o fortalecimento das perspectivas de prevenção de doenças e de promoção da saúde” (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p. 769).

No que concernem às atividades realizadas em conjunto da ESF, diversas atividades foram construídas, de forma que todas as profissões e saberes podem trabalhar de forma interligada, sendo, assim, considerado um trabalho multiprofissional. Uma das atividades citadas é a territorialização e planejamento local de saúde, atividade na qual é necessária a presença de todos os profissionais da equipe ESF com o propósito de que um reconhecimento geográfico, socioeconômico, e das necessidades da comunidade sejam feitos para que um planejamento das ações a serem executadas seja realizado. As visitas domiciliares também foram citadas pelos profissionais e, a partir dessas visitas, as atividades como “ações de acolhimento, avaliação diagnóstica, acompanhamento terapêutico, aconselhamento psicológico e inserção familiar e comunitária realizadas através de visitas às moradias dos usuários.” (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011 p. 771).

[...] atendimento individual de casal e de famílias: ações de acompanhamento psicoterapêutico, aconselhamento psicológico, pronto atendimento psicológico, psicoterapia breve, terapia de crise, etc; atende a demandas das diversas idades (crianças, adolescentes, adultos e idosos) e lida, direta ou indiretamente, com diversos níveis de gravidade dos transtornos; grupos terapêuticos: atendimento em grupo de pessoas para acompanhamento em nível terapêutico; atende também a diversas idades; triagem em saúde mental: acolhimento, escuta e encaminhamento de demandas de sofrimento psíquico que chegam ao Centro de Saúde da Família; grupos de crescimento pessoal: grupo de promoção da saúde mental, no qual se trabalha a expressão de sentimentos e emoções, o compartilhar de problemas e as potencialidades encontradas na comunidade e na família bem como o fortalecimento (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p. 771)

Os autores destacam que são inúmeras as possibilidades que um profissional da Psicologia inserido na Atenção Básica pode se inserir de forma que possa contribuir

com as necessidades de saúde da comunidade localizada em seu território, bem como com o desenvolvimento da própria Estratégia de Saúde da Família. Seu trabalho na ESF é vasto quando comparado com as ações do modelo biomédico de saúde. A pesquisa realizada por Nepomuceno e Brandão (2011) demonstra que os profissionais contribuíram para o processo de autonomia dos sujeitos ao mesmo tempo em que estes contribuíram para a promoção de saúde. Na conclusão deste trabalho, os pesquisadores concluem com a certeza de que muitos profissionais estão começando a atuar no campo da saúde pública com uma visão que escapa do modelo clínico tradicional e aos poucos vêm caminhando para um conceito de clínica ampliada

É inegável que ainda há muito que caminhar para consolidar novas práticas e modelos de atuação em Psicologia para o SUS em geral e, em especial, para a ESF. Tornou-se, no entanto, expresso o movimento de mudanças que, pouco a pouco, vem buscando e alcançando modos mais efetivos de participar das transformações necessárias ao desenvolvimento do SUS. [...]um momento de transição em que os psicólogos se encontram revendo seus referenciais teórico-metodológicos. (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011.p.775)

2.5 A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM VITÓRIA-ES

Vitória, capital do estado do Espírito Santo, iniciou sua inserção dos profissionais de Psicologia na saúde pública em 1992, através de concurso público. Este foi o primeiro concurso a contratar profissionais para atuar na saúde pública. Desde então, algumas pesquisas foram realizadas e verificou-se que a atuação desses profissionais baseava-se no atendimento clínico individual e que muitos dos entrevistados queixavam-se deste campo, pois se tratava de uma realidade totalmente diferente daquela vivenciada na clínica tradicional. Apesar das queixas realizadas, os profissionais relatavam que não sabiam definir outro modo de atuação no campo (ROMANHOLI, 2004; ANDRADE, 2007; IGLESIAS et al., 2009).

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município de Vitória em 1998, demandando dos profissionais atuantes da Atenção Básica que repensassem suas formas de atuação, objetivando, assim, um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar (ROMANHOLI, 2004; ANDRADE, 2007).

Andrade (2007) pesquisou dez Unidades Básicas de Saúde entre os anos de 2004 e 2005. Em relação às práticas dos psicólogos, todos concordavam que deveriam ser

priorizados trabalhos em grupo e a casos de pessoas com transtornos graves, porém nem todos os entrevistados realizavam estas práticas e queixavam-se da falta de diretrizes a serem seguidas, ou seja, citavam não haver um documento que dissesse o que o psicólogo deveria fazer no campo da Atenção Básica. Alguns profissionais mostravam-se queixosos, relatando que sua formação teórica não os teria preparado para este tipo de exercício e pediam definições claras sobre como deveriam agir. Dos quatorze profissionais que foram acompanhados durante a pesquisa, apenas dois mostraram-se preocupados em realizar ações voltadas para o coletivo.

À exceção destes dois profissionais, os demais reagem aos desafios cotidianos através de absoluta indiferença e falta de compromisso (alguns mal comparecem à Unidade), alegando que sua formação teórica não está voltada para aquele tipo de prática ou cumprem as diretrizes básicas de atendimentos individuais e grupais terapêuticos. A maioria mostra-se angustiada e perdida, não satisfeita com essas práticas, mas incapaz de propor/experimentar algo, reclamando por definições objetivas do que/como fazer (ANDRADE, 2007)

Dentre as possibilidades de atuação foram citados os grupos de acolhimento e grupos terapêuticos de caráter preventivo e curativo. Os profissionais, em geral, selecionavam um grupo específico com o fim de dar conta da alta demanda apresentada naquela unidade em que atuam. Cada profissional apresentou um significado diferente para este tipo de atividade, porém a maioria dos entrevistados demonstrou preocupação em diagnosticar o usuário que passava por esse grupo. Os grupos como espaço de troca e sem objetivos estritamente 'clínicos' ou uma definição previamente estabelecida também foram citados como uma possibilidade de atuação (ANDRADE, 2007). Além destas modalidades de grupo, Andrade (2007) cita que aquelas Unidades com a ESF possuem grupos de gestantes, crianças, entre outros que já são previamente estabelecidos para todo o município. Estes grupos são os únicos citados nos quais foi relatada a participação de outros profissionais. Porém, esta participação, apesar da cooperação de dois ou mais profissionais de diferentes áreas, ocorria com cada profissional desenvolvendo sua atividade de forma separada. As visitas domiciliares foram citadas como uma atividade realizada também nas unidades com ESF. Essas visitas ocorrem em conjunto de um agente comunitário de saúde e são realizadas para acompanhar alguns usuários que possuem transtorno mental.

Ainda nos resultados desta pesquisa, os atendimentos individuais de longa duração foram citados como tendo uma alta demanda como ação do psicólogo, por parte tanto do psicólogo quanto dos próprios usuários das Unidades Básicas de Saúde. Porém, os psicólogos comentam que poucos permanecem na terapia e indicam que este tipo de comportamento é devido a uma falta de compromisso da população, culpando pura e simplesmente o usuário, e não repensando sua prática (ANDRADE, 2007).

A autora conclui afirmando que, além da necessidade de inserção de disciplinas que abordem a temática da saúde pública, sejam essas disciplinas teóricas ou práticas, é perceptível que há um excesso de conteúdos que são transmitidos aos alunos de uma forma que faz crer que não há nada a ser discutido, havendo poucos conteúdos que os afete e que fomente um debate entre os alunos e professores. Aponta que há uma passividade nas relações entre professor-aluno nas quais o primeiro transmite tudo aquilo que ele sabe e o segundo apenas “engole” o conteúdo passado (ANDRADE, 2007). Para a autora, esta prática que ocorre na formação repercute na postura dos profissionais encontrados na pesquisa.

Iglesias e outros (2009) realizaram uma pesquisa com diretores e psicólogos nos municípios de Vitória e de Serra. A pesquisa consistiu em uma entrevista com 28 diretores e oito psicólogos do município de Vitória entre os anos de 2007 e 2008. Esta pesquisa teve como objetivo:

Descrever as atividades qualificadas como de promoção à saúde desenvolvidas nas unidades básicas de saúde dos municípios de Serra e Vitória; verificar o engajamento dos profissionais psicólogos nessas atividades; analisar a maneira como o profissional psicólogo realiza as atividades de promoção à saúde; verificar e descrever as dificuldades encontradas pelos profissionais para a realização das atividades de promoção à saúde. (IGLESIAS et al., 2009 p. 116)

Os profissionais citaram ações que são realizadas nas unidades que possuem o foco na mudança de comportamento do sujeito, de forma que possa modificar seu estilo de vida. Entre as ações citadas, destacam-se aquelas que são destinadas para pessoas diabéticas e com hipertensão, para gestantes, ações de planejamento familiar, de saúde mental, entre outras. Todas estas ações são derivadas de programas do Ministério da Saúde. Essas ações são realizadas em formatos de palestras, os grupos são divididos e organizados de acordo com a demanda do usuário e diversos profissionais participam, de forma que possam orientar o participante sobre “[...] a importância de adotar hábitos saudáveis, ressaltando

outros que são proibitivos para a manutenção de uma boa saúde.” (IGLESIAS et al., 2009 p. 119).

Apesar de a maioria dos profissionais citarem os programas do Ministério da Saúde, algumas atividades realizadas mostram uma tentativa de uma prática ampliada através de ações que têm como público-alvo aqueles usuários que buscam a unidade frequentemente em busca de medicamentos, principalmente os antidepressivos e ansiolíticos e apresentam queixas como depressão, sentimento de isolamento, início da aposentadoria e conseqüentemente uma queda da renda familiar. Estes grupos possuem como objetivo que o participante possa trocar experiências e receba alternativas para substituir os medicamentos utilizados. Para o desenvolvimento destes grupos, a maioria dos profissionais disse realizar parcerias com outros profissionais como assistente social, enfermeiros e agentes comunitários (IGLESIAS et al., 2009).

Foram citadas também dificuldades para a realização das atividades: muitos afirmam que não há um espaço adequado e a falta de adesão dos usuários também é citada como uma dificuldade. Dentre os psicólogos que disseram não realizar ações coletivas com caráter de promoção à saúde, as justificativas foram devido ao fato de que alguns profissionais eram ainda novos na Unidade, ou seja, haviam sido contratados recentemente. Outros mencionaram que ‘não possuem perfil para realizar este tipo de atividade’, trabalhando então apenas com atendimentos terapêuticos individuais (IGLESIAS et al., 2009).

As pesquisadoras concluem afirmando que a formação que os profissionais de Psicologia têm durante sua graduação é inteiramente voltada para o modelo clínico tradicional, sendo assim um dificultador para a realização de atividades no campo da saúde pública. Entretanto, destacam que esses fatores não impediram alguns dos profissionais do município de Vitória de realizar práticas que escapem do modelo clínico tradicional e se aproximarem da clínica ampliada, indicando que os profissionais atuando nas Unidades Básicas de Saúde em Vitória aos poucos estão repensando suas práticas dentro do sistema público de saúde brasileiro (IGLESIAS et al., 2009).

3 METODOLOGIA

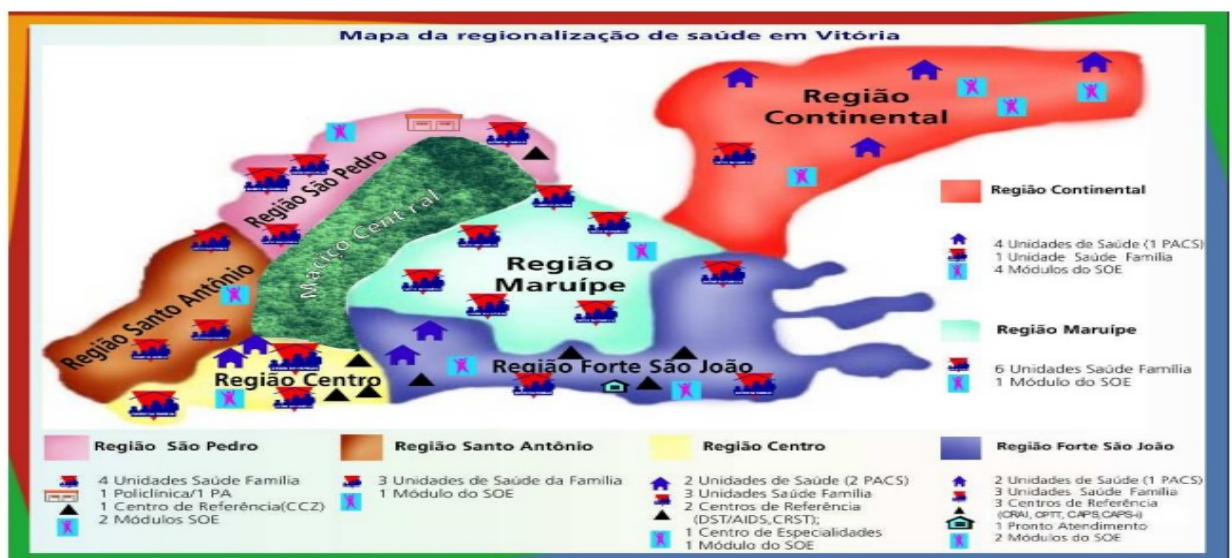
3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada foi uma pesquisa de abordagem qualitativa e que, quanto a sua finalidade, caracteriza-se como uma pesquisa descritiva. Segundo Gil (2008, p.28), a pesquisa descritiva “[...] tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população [...]”. O autor aponta que este tipo de pesquisa é aquela que está preocupada com a atuação de algo ou alguém na prática, o que converge com os objetivos aqui propostos.

3.2 LOCAL

Esta pesquisa foi realizada nos serviços de Atenção Básica do município de Vitória. Para a sua realização foi necessário protocolar o projeto e uma carta de solicitação de pesquisa na prefeitura. Estes documentos foram analisados pelos setores responsáveis (Secretaria Municipal de administração - SEMAD - e Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS) que autorizaram a realização da pesquisa um mês após a entrada do requerimento.

Figura 1 – Mapa ilustrativo da regionalização da saúde do município de Vitória



Fonte: VITÓRIA,2009

Vitória possui uma organização territorial de saúde, com uma delimitação de seis regiões: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, São Pedro e Forte São João. Segue abaixo mapa destas regiões disponibilizado no Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Os dados relativos às Unidades Básicas de Saúde não estão

atualizados, porém, o mapa atual com atualização não foi localizado e o objetivo da ilustração foi permitir a visualização das seis regiões de saúde do município.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes foram seis psicólogos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde de Vitória, selecionados independentemente do seu tempo de atuação ou do seu regime de trabalho (se concursados ou contratados). No caso da existência de dois profissionais atuando no mesmo campo, foi escolhido aquele que possuía maior disponibilidade e interesse.

Com a intenção de pesquisar pelo menos um profissional de cada região, foi realizado um sorteio com base na amostragem estratificada não proporcional. De acordo com Gil (2008, p.92) “A amostragem estratificada caracteriza-se pela seleção de uma amostra de cada subgrupo da população considerada”. Considerou-se, aqui, cada região de saúde como um subgrupo da população a ser pesquisada, uma vez que cada região é delimitada a partir de características de proximidade ou semelhança cultural, social, de acesso aos serviços, entre outros, o que permite inferir haver alguma semelhança nas características da realidade vivida pelos psicólogos que atuam em cada uma delas.

A amostragem não é proporcional devido ao fato de que cada região de saúde do município não possui a mesma quantidade de territórios/Unidades Básicas de Saúde e nem a mesma quantidade de psicólogos (há pequenas variações, sendo que a maioria das UBS tem um psicólogo, porém algumas delas têm dois profissionais desta categoria), e a escolha dos sujeitos foi feita por região (um psicólogo por região), não se considerando a proporção de UBS ou de psicólogos em cada uma.

Dos seis profissionais inicialmente sorteados e entrevistados, um foi descartado, pois a sua entrevista não atendeu ao escopo da pesquisa e outro recusou sua participação. Portanto, foram escolhidos outros dois profissionais, cada um de sua região específica, e desta vez o tipo de amostragem utilizada foi a por acessibilidade ou por conveniência. “O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam [...] representar o universo” (GIL, 2008, p. 94).

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Com o objetivo de atender aos objetivos da pesquisa, foi definida a entrevista como procedimento de coleta de dados. Minayo (2007) define entrevista como:

[...] coleta de informações sobre determinado tema científico [...] Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2007 p. 261)

O tipo de entrevista utilizada foi a entrevista semi-estruturada, pois este tipo de entrevista compõe um roteiro inicial que é guiado pelo pesquisador e dá a liberdade do entrevistado responder não ficando necessariamente preso à pergunta colocada (MINAYO, 2007). Foi elaborado um roteiro inicial de dez perguntas contendo questões que permitissem alcançar os objetivos propostos pela pesquisa. (Ver Apêndice A)

Com o objetivo de garantir a fidedignidade da pesquisa, um gravador foi utilizado nas entrevistas com o consentimento de todos e, posteriormente, as entrevistas foram transcritas, a fim de facilitar a coleta de dados e para que as respostas fossem passíveis de verificação.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Quanto ao procedimento de análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo. Através dessa técnica “[...] podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação” (DESLANDES, et al. 2002, p.74). Esta técnica busca a interpretação do material qualitativo de forma que possa escapar do nível do senso comum, sendo assim, uma análise que confronta os dados obtidos durante as entrevistas e dados já anteriormente obtidos (MINAYO, 2007).

Minayo, (2007, p.316) pontua que existem várias modalidades de análise do conteúdo, dentre elas a análise temática. Sobre a realização de uma análise temática a autora diz que “[...] consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa

para o objeto analítico visado”. Na análise temática, inicialmente realiza-se a etapa da pré-análise, na qual o material coletado é organizado, lido atentamente e articulado com documentos que contribuam com sua análise (BARDIN, 2010; MINAYO, 2007). Na segunda etapa da análise temática, é realizada a exploração do material, que:

“[...] consiste essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador busca encontrar *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.” (MINAYO 2007, p.317)

A terceira e última etapa da análise temática é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta etapa, Bardin (2010) sugere que, primeiramente, seja realizada uma análise quantitativa por meio de operações estatísticas. Porém, como este trabalho se configurou como uma pesquisa qualitativa, apenas este tipo de análise foi realizada.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

No momento anterior à pesquisa, foi apresentado a todos os entrevistados o termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo-se aos entrevistados o sigilo de sua identidade e das informações fornecidas durante a entrevista e liberdade de retirar sua autorização de participação em qualquer etapa da pesquisa (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). O termo utilizado é fornecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

O município de Vitória se organiza a partir da regionalização da saúde dividido em seis regiões que são: Centro, Maruípe, Continental, Forte São João, São Pedro e

Santo Antônio. Em conjunto, o município é composto por 30 Unidades Básicas de Saúde, das quais 23 possuem a ESF. Para a realização desta pesquisa, foi decidido que as entrevistas seriam realizadas com seis profissionais, cada um correspondente a uma região de saúde do município de Vitória. Depois de realizado o sorteio e definidos os profissionais, todas as tentativas de contato foram inicialmente feitas através do telefone da própria Unidade de Saúde, porém, nesta tentativa conseguiu-se acesso a apenas dois dos seis profissionais. Quanto aos outros quatro profissionais, ao falar com funcionários do serviço através do telefone da unidade, era informado que o contato pelo telefone com os psicólogos seria praticamente impossível, pois “o profissional nunca saía de sua sala e estava sempre atendendo pacientes” (sic). Dessa forma, o único meio possível foi tentando o contato pessoalmente nas Unidades de Saúde ou então obtendo o contato pessoal desses profissionais.

Este dado inicial já aponta um aspecto que se confirmou nos resultados referentes ao fato de que ainda está presente uma prática muito pautada do modelo biomédico, prática à qual a maioria dos psicólogos entrevistados nesta pesquisa parece ainda estar apegada.

Foram entrevistados seis profissionais de seis regiões distintas. Seus nomes e seu local de trabalho não serão identificados, pois, caso contrário, haveria a possibilidade da identificação do profissional. Assim sendo, adotamos os codinomes de P1, P2, P3, P4, P5 e P6.

Em relação à realização das entrevistas, todas foram feitas nas Unidades Básicas de Saúde em que cada um atua. A maioria dos profissionais se mostrou preocupada com o tempo de duração da entrevista, pois o tempo disponibilizado foi entre o intervalo dos atendimentos dos usuários e este tempo era curto. Alguns desses encontros só puderam acontecer pelo fato fortuito de algum usuário não comparecer à consulta ou, então, a partir da realização de um ‘encaixe’ entre dois atendimentos. Apenas os profissionais P5 e P6 preferiram ter um tempo maior para as entrevistas. Assim, P5 marcou sua entrevista após o encerramento de suas atividades na unidade e P6 reservou um tempo maior na sua agenda para a realização da entrevista.

Dentre os seis profissionais entrevistados, cinco eram mulheres e apenas um dos psicólogos era do sexo masculino.

Em relação ao tempo de atuação no nível da Atenção Básica, a média é de 4,36 anos, sendo o menor tempo de atuação três meses e o maior, quatorze anos. Um dos profissionais, apesar de ter pouco tempo atuando no município de Vitória, já atuou antes no mesmo nível de atenção em outro município da Grande Vitória desde 2008.

No que se refere ao regime de trabalho dos entrevistados, apenas um é contratado. Todos os outros profissionais são efetivos.

Com a finalidade de responder aos objetivos propostos para esta pesquisa, a análise resultou em três categorias: quais atividades são realizadas, quais as dificuldades enfrentadas por esses profissionais, o entendimento do psicólogo sobre o seu papel na Atenção Básica e tentativas de construção de novas práticas da Psicologia na Atenção Básica.

4.1 QUANTO ÀS ATIVIDADES REALIZADAS E ABORDAGEM:

Em relação às atividades realizadas, o atendimento individual e em grupo foi mencionado por todos os profissionais, sendo que um dos entrevistados mencionou apenas os atendimentos individuais. Este dado confirma o que foi descrito no relatório produzido pelo Conselho Federal de Psicologia em 2010 e na pesquisa elaborada por Oliveira e outros (2004), ou seja, a maioria dos profissionais ainda possui como atividade principal nas Unidades de Saúde os atendimentos individuais.

Além dos atendimentos clínicos individuais, os profissionais mencionaram realizar atividades em grupo em conjunto com outros profissionais, sendo que alguns deles, por diferentes razões, são feitos fora da Unidade de Saúde, com equipamentos do território. Outros relataram também realizar atividades como acolhimento em saúde mental, grupo de tabagista, de gestantes e grupo hiperdia³.

Além dos atendimentos clínicos, eu estou recentemente com a enfermeira trabalhando no grupo de tabagismo, com a assistente social em um grupo de pais dentro do CMEI, que são as atividades do PSE. A gente tem recebido um resultado bacana (P6)

[...] agora que a unidade está toda pronta é que a gente está se organizando para poder voltar a priorizar esses trabalhos mais preventivos e

³ Grupo criado a partir do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e *Diabete mellitus* criado com a finalidade de fornecer tratamento e acompanhamento prevenindo desta forma, danos à saúde do usuário afetados por essas doenças (BRASIL, 2001).

com grupos com o psicólogo, mas também com outras pessoas da equipe de apoio. Estava dando um suporte para os outros profissionais para o grupo hiperdia. Também existe o grupo de gestantes, que a gente faz um trabalho que envolve vários profissionais. A gente convida as gestantes do território para vir e a **cada encontro tem a fala de algum profissional**, mais uma roda de conversa onde **são dadas algumas informações**, então o psicólogo também se insere aí para ajudar a planejar, por em prática ou fazer a fala algum dia. Grupo de tabagismo também, não é que tem que ser o psicólogo, mas acaba puxando um pouco de estar um pouco à frente do grupo do tabagista junto com a enfermagem (P1) (grifo nosso)

Na unidade, faço atendimento individual e atendimento em grupo. No momento não estou participando de nenhuma atividade além dessa. O grupo tem atendimento de terapia e grupo de acolhimento em saúde mental e na unidade tem outros psicólogos que participam no grupo de tabagismo, mas não sou eu, tem outro psicólogo que trabalha, tem o grupo que trabalha com exercício, atividade física, tem outros tipos de acompanhamento terapêutico que também são feitos (P5)

Assim como na pesquisa realizada por Iglesias e outros (2009), contata-se que muitas das atividades citadas nas entrevistas são programas propostos pelo Ministério da Saúde e que funcionam como palestras em que algum profissional se dirige ao grupo e passa as informações, parecendo que são transmitidas de uma forma verticalizada, não indicando que exista alguma ação em que há verdadeiramente a participação dos sujeitos inseridos nos grupos. Entende-se que, ao realizar este tipo de atividade de caráter informativo, o profissional não está seguindo as diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, relativos a “Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território [...] (BRASIL, 2011b).

Ao mesmo tempo, vemos, na fala de dois entrevistados, ações que apontam para avanços. Os profissionais oferecem trabalhos que escapam do modelo da clínica tradicional, ampliando, dessa forma, sua atuação. É percebida também a preocupação em desenvolver práticas que abordem temas como a desmedicalização do sujeito, promovendo alternativas como o uso de plantas medicinais e fitoterápicos na forma de chás e outras. Acrescido a isso, vemos na fala de um profissional que, apesar de já realizar atividades em grupos, acredita que a contratação de mais psicólogos no campo se faz necessária para que mais atividades em grupos possam ser postas em prática.

Também estamos conversando com as equipes para podermos implantar o jardim terapêutico na unidade, porque eu fiz recentemente um curso de fitoterapia junto com a fonoaudióloga e agora a enfermeira também vai fazer [...]. E é tudo muito novo essa questão de tentar fazer mais trabalhos em grupo, porque agora nós temos um espaço mais adequado para isso (P1)

[...] trabalhar de alguma forma a temática da desmedicalização através da fitoterapia. Então, o chá é uma ferramenta, é um pretexto pra gente trabalhar isso porque tem muitas pessoas no território que fazem uso de psicotrópico. Porque não oferecer uma alternativa que vá oferecer outra forma de tratamento que não seja pela medicalização? [...] Então, a proposta é essa: integrar os funcionários e integrar os usuários nessa idéia de falar um pouco dos chás, de como funciona, quais são as propriedades de certas plantas. Porque esse conhecimento já é popular, já existe na comunidade, e o que a gente está fazendo é resgatar esse saber (P6)

Observamos também que algumas atividades, como as referentes ao Programa Saúde na Escola (PSE) e outras ações, por diferentes razões, não são realizadas no espaço da Unidade de Saúde, e sim em outros locais do território, como nas escolas, centros comunitários, creches, mostrando que alguns profissionais atuam de acordo com as normas estabelecidas pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece que as atividades competentes à equipe devem ultrapassar as barreiras da Unidade de Saúde realizando, assim, ações em outros espaços do território (BRASIL, 2011b).

[...] se tivéssemos mais profissionais, nós poderíamos fazer mais trabalhos de grupo que você precisa fazer, você pensa em unidade de saúde e já pensa em trabalho com prevenção. Hoje em dia, a gente não trabalha com prevenção, nós já estamos trabalhando aqui com uma atenção terciária praticamente (P5)

Esta característica de profissionais atuantes nos serviços de Atenção Básica de Vitória - em que alguns ainda permanecem realizando propostas prescritivas enquanto outros surgem com inovações - corresponde com os resultados encontrados nas pesquisas de Andrade (2007) e de Iglesias e outros (2009), que também observaram práticas ampliadas e criativas em algumas Unidades. Apesar da maioria dos profissionais elaborarem atividades em grupo apenas para 'dar conta' da demanda, poucos psicólogos se mostram preocupados em realizar grupos como espaço de troca, de modo a permitir a participação efetiva e o protagonismo do sujeito. As pesquisas de Andrade (2007) e de Iglesias e outros (2009) serão recorrentes na discussão, pois foram realizadas em Vitória. Dessa forma, permitem analisar se houve alguma mudança em relação às produções anteriores.

O fato de o profissional alegar a necessidade de mais psicólogos atuando no mesmo espaço para a realização de mais atividades de cunho preventivo, nos mostra, primeiramente, a questão da demanda relatada por muitos profissionais e que será discutida no seu tópico correspondente e, em segundo lugar, nos demonstra a consciência que o profissional possui do seu papel na Atenção Básica, apesar de admitir não estar realizando atualmente.

Quanto às atividades que envolvem outros profissionais, como as reuniões de equipes, todos os profissionais relataram que elas são existentes em suas práticas, porém foi percebida uma diferença entre os profissionais quanto à frequência dessas reuniões: em algumas UBS, as reuniões são prática comum; em outras, apenas ocorrem caso haja necessidade e um dos profissionais relatou que, devido à demanda por atendimentos programados ou emergenciais, as reuniões em equipe são poucas, pois além de serem divididas ao longo do mês, em algumas delas o profissional acaba não participando.

[...] Aqui nesta unidade sempre teve a cultura de existir reuniões de equipes sistemáticas, ou seja, rotineiras, com a equipe de apoio: assistentes social, psicólogos. Então, muita coisa acaba sendo debatida dentro desse espaço de reunião de equipe. Dessas reuniões nem tudo acaba resultando em atendimento com o psicólogo. Às vezes, a gente tenta amarrar algum outro tipo de alternativa [de acordo] com o caso, com a situação. (P1)

[...] na verdade, acaba tendo pouca reunião institucional porque a gente vai separando ao longo do mês, pois temos reuniões de matriciamento, reunião institucional e, às vezes, a agenda que é fechada para reunião, às vezes, acaba incluindo paciente de primeira vez ou os pacientes egressos de hospital, aquelas urgências [...] mas aí vem a pessoa que deu entrada no PA com tentativa de suicídio e você precisa atender aquela pessoa, e você acaba inserindo nesses espaços que seriam de reunião e, se não tem uma reunião externa, algo maior que dependa de você, a gente acaba nem fazendo a reunião e indo pro atendimento. (P5)

Outro profissional, em relação ao tema, relatou que “Eles (outros profissionais) estão disponíveis, mas não existe uma rotina do tipo: toda semana a gente se encontra para discussão de caso; isso não existe aqui. O que acontece é se reunir de acordo com o que surge de caso.” (P4)

Podemos perceber que alguns profissionais têm agido de acordo com as diretrizes da Atenção Básica no que se refere a realizar trabalhos em equipe, de forma que profissionais de diferentes áreas de formação participem (BRASIL, 2011b). As reuniões em equipe não foram citadas nas pesquisas anteriores realizadas (OLIVEIRA et al., 2004; IGLESIAS et al., 2009 ;PAULIN; LUZIO, 2009; DANELUCI, 2010), ao menos não fazendo mesmo parte do processo de trabalho e ligadas à atenção. Às vezes em que apareciam, estavam ligadas quase sempre a planejamento e atividades de gestão. Assim, podemos pensar que este relato de atividades em equipes diretamente ligadas ao cuidado pode representar um avanço em curso.

As visitas domiciliares, assim como o matriciamento, também foram citadas como práticas rotineiras dos profissionais. Alguns, além de mencionar que realizam tais

atividades, explicam como é decidido realizar uma visita a um domicílio - se é através das reuniões de equipe ou se é através de outro profissional que solicita a visita. “[...] nós temos que fazer visita institucional, visita domiciliar, todas as visitas possíveis.” (P3) “Basicamente boa parte da minha agenda ainda está relacionada às visitas domiciliares [...] para casos mais específicos” (P1), ou ainda, “A visita [...] é planejada normalmente na reunião de equipe ou então o próprio agente, enfermeiro ou algum outro profissional solicita essa visita” (P2). Tais relatos reforçam a leitura de que alguns avanços se apresentam, pois apontam para mudanças ligadas à realização de atividades fora do consultório, de uma relação com o território e ainda ao fato de, ao menos em alguns casos, estas atividades acontecerem a partir de um trabalho integrado com as equipes de saúde da família.

Em relação ao matriciamento, um entrevistado enfatizou que essa interlocução é realizada mensalmente com diferentes centros especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT/CAPS AD) ou com o Centro de Referência e Atenção ao Idoso (CRAI). O profissional explica um dos objetivos do matriciamento:

[...] a gente mensalmente se reúne com relação àqueles casos que alguns estão aqui, outros estão no CAPS e até porque a gente precisa trazê-los para o território de volta e liberar um pouco o espaço do CAPS [...] A gente já fez um matriciamento, que foi um único de DST/AIDS, isso assim, enquanto eu trabalho aqui, que é pouco tempo (P6)

A realização de visitas domiciliares e matriciamento também são atividades que demonstram que os profissionais estão trabalhando cada vez mais articulados com as diretrizes da Atenção Básica, uma vez que realizam práticas voltadas à interdisciplinaridade e intersetorialidade. Este tipo de prática relacionado pelos profissionais pode ser considerado como um avanço, visto que o matriciamento, por exemplo, não foi citado nas pesquisas de Iglesias e outros (2009), nem na pesquisa de Andrade (2007), sendo citado em apenas duas outras pesquisas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010; NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011). Já as visitas domiciliares são citadas na pesquisa de Andrade (2007) apenas para os casos de transtornos mentais graves, o que não fica especificado pelos profissionais aqui entrevistados. Porém é percebido na fala de um dos profissionais que elas ocorrem em ‘casos mais específicos’.

Apesar de os entrevistados terem citado várias atividades em grupo, lembramos que os atendimentos individuais ainda parecem predominar, o que foi percebido na fala

dos profissionais, principalmente após um deles admitir que, ultimamente, sua agenda é mais ocupada com os atendimentos individuais do que com as atividades em grupo e também pela dificuldade de acesso aos psicólogos no momento inicial de marcação de entrevistas. Os próprios atendentes administrativos citaram as dificuldades de encontrar os psicólogos fora de suas salas. Da mesma forma, o tempo reservado para as entrevistas era sempre muito apertado, mostrando que os profissionais possuem uma agenda tomada por atendimentos individuais. Assim, como nesta pesquisa, os atendimentos clínicos individuais ainda prevalecem como a atividade que os profissionais mais realizam, deixando as outras atividades, também importantes neste nível de atenção, em segundo plano (CAMPOS; GUARIDO, 2007).

Quanto à abordagem teórica utilizada pelos profissionais, as respostas foram variadas: alguns profissionais relataram que a escolha de abordagem é devido à grande demanda; outro profissional acredita que não trabalha com definição de tempo para o atendimento terapêutico; dois profissionais relataram que, apesar da identificação com alguma teoria, acabam deixando-as de lado devido ao fato de o campo da Atenção Básica 'não se adequar' à sua utilização, levando-os a recorrerem a recursos de abordagens variadas. "Eu trabalho com a Gestalt Terapia e, nessa abordagem, a gente lida com o fenômeno [...] a gente fica um tempo de 30 minutos com cada cliente e a gente trabalha com a demanda dele [...] com o que surge no atendimento." (P4)

[...] eu tenho uma base forte em trabalho social com grupo, fiz formação em psicanálise e ao longo do tempo [...] eu fui trabalhando muito com essa questão de grupo mesmo, fiz trabalho com psicodrama, então tenho um pouco dessa formação. [...] Eu não trabalho com definição de tempo, as pessoas perguntam quantas sessões eu irei precisar e eu respondo que não tem disso, se eu precisar vê-la todo dia eu irei ver todo dia (P5)

Terapia cognitivo-comportamental. A lista de espera da Psicologia é enorme. Só de cadastro nós temos 1680 e isso [nessa região], então você tem que ter um início, meio e fim. Não dá pra fazer psicanálise aqui dentro. Aqui, a intervenção tem que ser muito mais prática e pontual. Não dá para se estender em uma teoria mais longa, não é viável (P3)

Eu tenho como referência a psicanálise, mas eu não atuo aqui como psicanalista, porque não tem como, né? Então, é uma abordagem psicossocial de uma visão clínica ampliada, então não é uma abordagem específica da Psicologia. Eu tenho uma referência na psicanálise, eu tenho uma escuta... Às vezes eu utilizo... Faço uma terapia mais breve e digamos que a minha referência é a psicanálise, mas não é uma coisa engessada, não é uma coisa nos moldes tradicionais. Então... (pausa longa) Acho que é uma visão psicossocial mesmo. [...] Por exemplo, a terapia comportamental, não é que eu use a linha da terapia comportamental aqui de uma forma

geral, mas para uma situação ou outra, eu posso, sim, pegar esse recurso. Utilizo como um recurso. Não é uma linha somente. (P2)

Eu não sou muito apegado a alguma abordagem não. Eu acabei na graduação tendo uma trajetória um pouco mais de leitura na questão de esquizoanálise. Alguns casos eu vejo que é interessante a abordagem cognitivo-comportamental mesmo no acompanhamento ao tabagista é uma ferramenta que serve bem para isso. Poucos casos você fala 'Vou fazer uma psicoterapia', a realidade não é bem essa não. Acho que você acaba dando mais orientação, aconselhamento, suporte. Muito do contato acaba sendo por essa via até do que pela psicoterapia psicanalítica ou alguma outra coisa assim [...] **Mas eu não me vejo preso a alguma linha** (P1) (grifo nosso)

A psicanálise é o olhar que eu lanço acerca das questões, mas sem desconsiderar o social, inclusive eu não vejo dissociação entre os dois, o que é uma crítica que muitos fazem [...] Tem que ter uma linha para você conduzir o seu fazer. (P6)

Vimos que os profissionais mostraram respostas variadas no que se refere à abordagem teórica utilizada, porém notamos divergências nas falas de alguns profissionais que acreditam que a melhor maneira de realizar um atendimento no nível de atenção em que atuam deveria passar por alguma delimitação no tempo do que é ofertado como terapia devido à grande demanda, o que também foi encontrado na pesquisa realizada por Daneluci (2010), em que a profissional entrevistada afirmou que o motivo de realizar atendimentos breves é por não possuir muito tempo para este tipo de trabalho. Já outro profissional acredita que não há definição de tempo para a terapia, estabelecendo, assim, o tempo e a quantidade de sessões que julgar necessário para o usuário, de acordo com o caso. Uma afirmação similar aparece na pesquisa de Daneluci (2010), em que a profissional diz que, apesar de receber orientação para delimitar um tempo específico para todos os atendimentos, acaba utilizando o tempo que julgar necessário. Uma opinião divergente apareceu na pesquisa de Nepomuceno e Brandão (2011) que consideram que os atendimentos clínicos de longa duração são ineficazes para enfrentar questões sociais e coletivas colocadas pelo Sistema Único de Saúde.

Dois profissionais citam a utilização de diferentes técnicas de acordo com a demanda que surge, assim como na pesquisa realizada por Daneluci (2010), em que a profissional entrevistada acredita que as práticas não devem ser engessadas. A abertura para a construção dos modos de cuidado na atenção básica é algo muito positivo e necessário, porém é preciso um alerta para o fato de que essa abertura não é o equivalente à realização de uma prática eclética, na qual o profissional utiliza-se de diferentes abordagens sem se preocupar com o que fundamenta a utilização de cada uma. No caso dos profissionais entrevistados nesta pesquisa,

pelas suas falas podemos inferir que a utilização de ferramentas de diferentes abordagens é, em sua maioria, feita com conhecimentos e definida a partir da realização de atividades com fins específicos. Porém, este é um dos aspectos que merecem maior aprofundamento posterior.

Os atendimentos individuais no nível da Atenção Básica ainda são existentes, porém é necessário que esse atendimento seja articulado aos conceitos da saúde coletiva e da clínica ampliada, que trabalhem com o sujeito de forma integral, dando foco no sujeito e não na doença, considerando sempre o território que o sujeito está inserido, independentemente da abordagem utilizada.

4.2 QUANTO ÀS DIFICULDADES ENCONTRADAS

Em relação às dificuldades para a realização do trabalho dos psicólogos, diversos fatores foram citados, sendo alguns mencionados por mais de um profissional e outros referentes a particularidades da Unidade Básica de Saúde, sendo, assim, mencionada por apenas um profissional.

4.2.1 Em relação à demanda

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos profissionais entrevistados, a maioria dos psicólogos relatou como grande dificultador a alta demanda de usuários que chegam para atendimentos individuais, seja espontaneamente, seja via encaminhamento:

[...] pouco profissional para muita demanda. Então você tem entre doze e quatorze médicos para encaminhar e dois psicólogos para atender, não dá para dar conta. Temos seis escolas públicas para encaminhar para dois psicólogos [...] O tempo todo não tem moleza. Esse bairro tem 40 mil pessoas e para essa quantidade de médico, todo dia a agenda está cheia, não tem um que falte. Abriram vaga esses dias e já encheu até janeiro (P5)

[...] Quantidade de pessoas que procuram a unidade [...] o encaminhamento para o psicólogo é muito grande e todas as pessoas estão adoecidas [...] às vezes um psicólogo para uma quantidade de uma região com uma grande população quantitativamente grande e de uma complexidade qualitativa, né? De questões desde tráfico, violência, pobreza, miséria... isso tudo numa região só, então eu acho que poderia ter mais psicólogos em uma unidade em regiões que são mais complexas.(P2)

Porque a população demanda também é atendimento individual; eles querem vir aqui e ter essa atenção [...] E tem muitos usuários que gostam de ter atendimento individual, de ter esse espaço para eles e muitos

profissionais às vezes têm uma tolerância menor de ter contato com o sofrimento, você vê que eles não sabem o que fazer quando a pessoa começa a chorar na frente deles e acho que a gente, até pela nossa formação, conseguimos suportar um pouco mais disso, da pessoa poder falar disso e a população valoriz, esse espaço é um espaço que eles valorizam, **só que eles não entendem a necessidade de um trabalho que tenha uma continuidade**, eles aparecem por um período, mas depois dá uma sumida e temos que fazer uma busca ativa, mas eles valorizam, vêm, gostam (P1)

Um dos entrevistados comenta que, pelo fato de haver uma grande demanda de usuários em situação emergencial, que ele se vê no dever de atendê-los, os usuários dos grupos hiperdia acabam ficando sem acompanhamento. Dessa forma, esses usuários acabam não aderindo ao tratamento e não se comprometem com os cuidados necessários para lidar com suas doenças.

Se tivéssemos mais profissionais, nós poderíamos fazer mais trabalhos de grupo que você precisa fazer; você pensa em unidade de saúde e já pensa em trabalho com prevenção. Hoje em dia, a gente não trabalha com prevenção, nós já estamos trabalhando aqui com uma atenção terciária praticamente. Então essa questão do atendimento preventivo nós não temos espaço, porque teria sim motivo para realizar [...] eu acabo só pegando essas pessoas quando já estão super doentes, acabo esperando essa doença aparecer para poder atuar (P5)

A alta demanda é um fator encontrado tanto nas falas dos profissionais entrevistados quanto em diversas pesquisas (ANDRADE, 2007; IGLESIAS, 2009; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010), sendo considerada como um desafio da profissão na Atenção Básica a excessiva busca para atendimentos, e o fato de o profissional ser o único psicólogo para dar conta de toda região que a Unidade Básica de Saúde precisa atender. Daneluci (2010) relatou que as profissionais entrevistadas também realizam, na sua concepção, atendimentos que não são apropriados para o nível da atenção básica, devendo então encaminhar os sujeitos para outros setores do nível de complexidade competente para realizar o atendimento.

Podemos perceber que o profissional mostra ter consciência de que o trabalho ultimamente realizado na unidade com os usuários em situação emergencial deveria ser encaminhado para outro nível de atenção do SUS, mostrando ter consciência do seu papel no nível da Atenção Básica. Por outro lado, a fala de um dos entrevistados nos mostra que muitos usuários são encaminhados para atendimentos individuais sem a real necessidade: a justificativa dada é de que os outros profissionais da equipe não possuem a tolerância que os psicólogos têm com o sofrimento do próximo, o que aponta para um início de problematização necessária com relação a

esta demanda excessiva citada por todos. Porém, o mesmo entrevistado complementa sua fala dizendo que os usuários atendidos por ele logo abandonam a terapia por “não entenderem a necessidade de um trabalho que tenha continuidade”, demonstrando que ainda mantém o entendimento de que as razões para esta não permanência no atendimento psicológico estão sempre ligadas somente a questões dos usuários, sem utilizar este dado para refletir sobre a forma como o atendimento de Psicologia é oferecido. O abandono dos atendimentos clínicos individuais também é constatado em outras pesquisas, sendo que os profissionais não repensam suas práticas, apenas responsabilizam o comportamento dos usuários (DIMENSTEIN, 1998; ANDRADE, 2007).

Além da grande demanda quantitativa, uma das entrevistadas menciona a demanda qualitativa, que é grande e gera desgaste no profissional: “[...] aparecem muitos casos de violência de todos os tipos: doméstica, sexual, então assim, isso é algo que de alguma forma nos desgasta. Violência, uso de drogas, são alguns dos nossos desafios” (P6)

Apesar de alguns profissionais entrevistados não terem mencionado a alta demanda para atendimento psicológico como uma das dificuldades enfrentadas, este fator está presente na maioria dos discursos, seja comentando da existência de fila de espera para atendimentos, seja falando da quantidade de usuários atendidos por dia.

4.2.2 Em relação à estrutura do local

A estrutura do local de trabalho, falta de materiais para realização de atividades e o regime de trabalho foram apontados como dificuldades para um dos entrevistados. Outro entrevistado relatou como os profissionais lidavam com a dificuldade do espaço para a realização de ações coletivas. Um dos entrevistados menciona uma situação que ocorre em seu campo de atuação (que é o fato da Unidade de Saúde ser dividida em dois imóveis diferentes, o que acaba dificultando a integração entre a equipe) e enfatizou que, muitas vezes, as conversas que a profissional tem com a assistente social são através de mensagens no celular, pois cada profissional está localizada em unidades distintas:

O espaço, por exemplo: eu acho que essa sala é inadequada [...] Precisaria de muito mais coisa do equipamento, do espaço para criança, por exemplo, pois ela é muito apertada e, além do espaço, o material que eu acho que poderia ter [...] Sofá, colchonete, aparelho de som, almofada, mais brinquedos educativos de madeira, mais quebra-cabeça, pois só tem dois. [...] Aqui não tem espaço para atendimento em grupo. **Até teria, lá em cima onde eles fazem uma reunião** [...] (P4) (grifo nosso)

[...] antes disso, a gente ficava em uma casa que funcionava a Unidade de Saúde, e o espaço lá era péssimo e isso dificultava muito esse tipo de trabalho mais coletivo. A unidade tem o histórico de usar o espaço do centro comunitário para fazer algumas atividades [...] e também usávamos o espaço da creche, só que aí teria que ser realizado aos sábados e não durante a semana. Então, era sempre uma dificuldade muito grande para conseguir fazer atividades em grupo. Então, agora que a unidade está toda pronta é que a gente está se organizando para poder voltar a priorizar esses trabalhos mais preventivos e com grupos com o psicólogo, mas também com outras pessoas da equipe de apoio (P1)

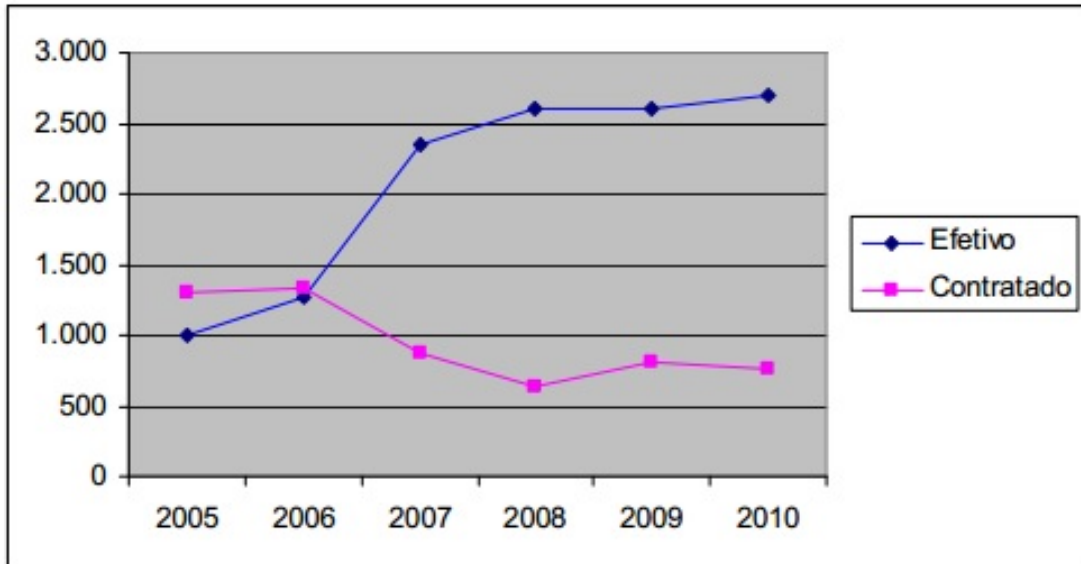
[...] outro agravante que eu acho é que aqui na [unidade de saúde] não existe vaga para psicólogo efetivo. Como é que você vai começar um atendimento em grupo aqui se você começa um grupo e “beleza e tchau, acabou o meu contrato e vocês com outra pessoa que também é contratada?” Então, assim, é inviável. A demanda é gigante, eu não sei qual é a lógica de não ter uma vaga de psicólogo efetivo, deveria ter para você começar a pensar em grupos e até estagiários, porque é um território que abrange seis bairros, como é que você não tem um psicólogo efetivo aqui, entendeu? Eu acho extremamente necessário um psicólogo efetivo para começar a pensar em trabalho de grupos [...] (P4)

Observamos também a estrutura dos locais de trabalho como um desafio para os profissionais em outras pesquisas (IGLESIAS et al., 2009; DANELUCI, 2010; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Em alguns casos, foi citado que os profissionais para lidar com a falta de recursos utilizavam materiais que eles mesmos compram, demonstrando assim, uma busca de alternativas por parte dos profissionais para a realização de trabalhos, assim como ocorreu no caso do profissional entrevistado nesta pesquisa. Contudo, outro profissional queixa-se da falta de espaço para a realização de grupos, apesar de mencionar que haveria a possibilidade de executá-los na sala de reuniões, porém não os faz. A razão disso não fica clara, sendo, talvez devido o seu regime de trabalho contrato temporário, alegando que isso fará com que os grupos não tenham continuidade caso o seu contrato acabe e outro profissional entre em seu lugar.

O documento produzido pelo Conselho Federal de Psicologia em 2013 alerta os gestores do SUS de que este tipo de regime de trabalho prejudica a população atendida e enfraquece o serviço, mas, através do relatório de gestão da saúde de Vitória de 2010 podemos perceber que o número de profissionais efetivos está aumentando a cada ano que passa e, conseqüentemente, diminuindo o número de profissionais contratados temporariamente na área da saúde. Dentre os seis

psicólogos entrevistados, apenas um não é efetivo, o que mostra que a realidade do município de Vitória no que concerne a este assunto está mudando, não cabendo, exceto em situações eventuais, este argumento.

Figura 2- Evolução do vínculo empregatício, 2005 a 2010



Fonte: SEMUS/GETES, 2011 citado por VITÓRIA, 2011

Dois pontos podem ser inferidos a partir da fala do profissional que declara que é impraticável realizar trabalhos com grupos possuindo este tipo de vínculo empregatício: primeiramente, o profissional pode estar se colocando em uma posição verticalizada em seus atendimentos com os usuários da região, na qual o profissional é aquele que detém todo o saber e é o único capaz de realizar a condução do grupo, pois esta atividade poderia ser realizada em parceria com outro profissional que a sustentasse nas ocasiões de troca de profissionais contratados. Em segundo lugar, é importante lembrar que os profissionais devem conduzir os grupos, de modo que levem a ampliar a autonomia dos participantes, fazendo com que estes sejam os protagonistas dos grupos. Sendo assim, o tipo de vínculo que o profissional possui não influenciaria em sua existência.

Um fato curioso que chamou atenção durante a pesquisa foi o tamanho sala de atendimento de dois dos profissionais, uma vez que eram espaços minúsculos. As salas eram compostas por uma mesa, computador, duas cadeiras, um quadro de avisos fixado na parede e uma estante. No entanto, apenas um profissional mencionou a estrutura da sala como um desafio para a realização do trabalho.

Podemos perceber que, frente às adversidades, os profissionais possuem diferentes reações: alguns mostram-se proativos e buscam meios para que as atividades possam ser realizadas de forma que atenda todo o território, embora um dos entrevistados tenha apresentado diversas queixas quanto à estrutura do local de trabalho e não tenha citado exemplos de diferentes estratégias utilizadas para lidar com a desagradável situação. Diante disso, o profissional trabalha apenas com atendimentos individuais, ferindo, assim, as diretrizes da Atenção Básica, pois não realiza trabalhos que envolvem a equipe multiprofissional.

4.2.3 Quanto à medicalização dos sujeitos

Um dos entrevistados apresentou dificuldades na realização do seu trabalho quanto à relação ao alto número de sujeitos que vão para as Unidades Básicas de Saúde em busca de um diagnóstico:

Hoje em dia não sei se as pessoas estão mais sensíveis ou se estão buscando mais de uma maneira errônea lidar com algumas situações da vida, mas se a mulher grávida está sentindo alguma dor, vai à Psicologia; se a criança está se comportando de forma infantil dentro do colégio busca a Psicologia. Estão patologizando, mas isso é uma tendência comum do mundo atual, porque a indústria farmacêutica é muito forte. [...] As escolas estão achando que tudo é TDAH, transtorno de conduta. Nós temos uma fila imensa do PSE, que é o Programa de Saúde nas Escolas, visando o diagnóstico (P3)

Assim como o psicólogo, os profissionais entrevistados em outras pesquisas (OLIVEIRA et al., 2004; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010) afirmam que os profissionais têm recebido muitas crianças que são encaminhadas das escolas e que consideram a medicalização dos sujeitos como algo excessivo, inadequado e abusivo. A fala deste profissional demonstra também o quanto o modelo biomédico está arraigado nas práticas de todos: tanto da população como dos profissionais que realizam os encaminhamentos.

Apesar da questão apresentada pelo profissional também ser notada em outras pesquisas, vimos no tópico sobre atividades realizadas que alguns profissionais do município de Vitória já criam estratégias que abrangem o território e a equipe da Unidade de Saúde e realizam ações voltadas à desmedicalização dos usuários. Este fato e a presença mesmo desta preocupação demonstram um avanço em relação a outros estudos, pois apesar dos relatos sobre a elevada demanda, esta discussão está ligada à necessária problematização deste fenômeno.

4.2.4 Saúde mental

Em relação à dificuldade para a realização de práticas, pelo menos dois pontos são apresentados pelos profissionais: o primeiro, citado por um dos entrevistados, é a ausência de especialidades como neurologistas e psiquiatras. O segundo ponto é em relação aos usuários, que são, de acordo com o entrevistado, excluídos de todos os sistemas, inclusive na Unidade Básica de Saúde: “Eu costumo falar que os pacientes mentais são preteridos em todos os sistemas. [...] Dentro da unidade, é tentar quebrar um pouco esse estigma que saúde mental tem e que volta e meia, se você bobear, você cai” (P3) e “[...] a gente não tem a presença de um psiquiatra, um neuro junto que seria muito interessante e muito rico, eu acho, essa troca. [...] até você conseguir marcar, demora muito.” (P4)

Estas dificuldades enfrentadas pelos profissionais entrevistados também são citadas no relatório produzido pelo Conselho Federal de Psicologia (2010) e sua presença, além de mostrar a necessidade de avanços na atenção em saúde mental e nas práticas da reforma psiquiátrica no Brasil, expressa um aspecto positivo que se refere ao fato destes psicólogos que atuam na atenção básica estarem acolhendo os usuários com transtornos graves nas Unidades de Saúde.

4.2.5 Trabalho em equipe

No que se refere ao trabalho em equipe, um profissional mencionou que considera como uma dificuldade para a realização do seu trabalho a rotina que todos profissionais têm de uma maneira geral dentro das Unidades, fazendo com que haja o engessamento das relações:

Uma das dificuldades é a própria rotina, pois ela engessa um pouco para você construir um trabalho, uma proposta, porque tem esse momento de reunião de equipe, mas no geral sim, os enfermeiros têm lá suas rotinas, os agentes comunitários também, o serviço social, o psicólogo tem [...] Às vezes, a gente é um pouco engolido devido às demandas que acabam forçando a fazermos outra coisa, que é cada um ficar no seu quadrado para tentar dar conta daquilo, então esse é um dificultador [...] Acho que uma coisa essencial é ter essa disponibilidade de dialogar com a equipe sempre, porque nem sempre acontece. Às vezes, é mais fácil cada um ficar no seu quadradinho, atender as suas demandas. Ter contato com a equipe, discutir as coisas com a equipe, tem seu lado desgastante, sim, também, mas eu acho que é um esforço que tem que ser sempre feito. (P1)

A não realização de trabalhos em equipe também é mencionada como uma dificuldade em algumas pesquisas (ANDRADE, 2007; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010) e é necessário lembrar que a realização de trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar é uma das diretrizes da Atenção Básica, devendo haver um esforço para que aconteça.

A fala do entrevistado nos leva a crer que, apesar das reuniões e algumas outras atividades realizadas com outros profissionais, a rotina de toda a equipe da Unidade de Saúde acaba se voltando para as atividades do modelo biomédico, na qual não há uma troca de saberes entre os profissionais, ficando cada profissional em seu consultório ou em suas atividades específicas, havendo, assim, uma fragmentação do trabalho. Esta característica que surgiu nesta discussão também foi um ponto apontado na pesquisa de Nepomuceno e Brandão (2011), em que os psicólogos da pesquisa alegam que os profissionais da equipe multidisciplinar realizam práticas baseadas no modelo biomédico de atenção. Assim, nota-se que apesar da existência de equipes multiprofissionais nas UBS de Vitória, a prática interdisciplinar ainda não é algo que se concretizou efetivamente, embora os relatos anteriores demonstrem que já ocorrem trocas, trabalho conjunto e interlocução entre profissionais, ao menos quando se referem a atendimentos ou visitas que realizam em conjunto.

4.3 TENTATIVAS DE CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Quando perguntados sobre como os profissionais fizeram para adequar suas práticas para o nível da Atenção Básica, a resposta da maioria é que a graduação não os preparou para este campo. Entretanto, buscaram posteriormente especializações, pós-graduações e reuniões com a referência técnica. Outros profissionais relataram que já atuaram em diferentes níveis da saúde pública, possuindo assim, um conhecimento básico. Outros ainda relatam que orientaram a suas práticas apenas pela vivência cotidiana que lhes deu experiência. Um dos entrevistados afirmou que acha fundamental que todos os profissionais façam reuniões a fim de que compartilhem suas experiências

Na minha faculdade eu não vi nada de epidemiologia; eu fui estudar isso só depois, sobre o SUS, organização de serviço de saúde. Isso aí você faz a formação depois, você vai estudando, vendo, vai tendo a necessidade de

... você mesmo estudar e ir aprimorando [...] vai entendendo o que é o sistema de saúde e vendo como você participa disso, como faz para estar criando uma condição melhor para as pessoas, achar o espaço da gente na saúde, porque as pessoas não entendem, elas querem sempre o médico, e não entendem... (P5)

... não tive formação para isso e aí foi na prática mesmo. A gente teve um apoio da área técnica dando alguns direcionamentos para a gente, algumas diretrizes e tínhamos reuniões todo mês que aí a gente conversava como estava sendo. Então foi feita essa formação ao longo da prática mesmo (P2)

... na realidade, a gente não sai pronto da graduação. Nossa formação, eu acho que ela começa quando a gente sai da graduação [...] mas eu acho que até o próprio estágio obrigatório deveria ser diluído em toda a graduação... Começar lá do meio a prática (P6)

Quando eu pisei aqui na atenção primária eu realmente fiquei no início um pouco perdido com as demandas, de conhecer cada caso porque, assim, quando você vai para as reuniões de equipe eles vão falando do histórico do acompanhamento de cada caso e eu tentava registrar tudo pra poder memorizar, lembrar, mas assim você está se apropriando de um território que você não conhece ninguém ainda, então tudo é muita informação e aí fiquei me sentindo um pouco perdido do que eu iria fazer ou não [...] O bom é que eu fui muito bem acolhido pela equipe de maneira geral [...] mas até você se encontrar, encontrar um rumo, demora alguns meses, na verdade (P1)

Eu tenho formação, especialização em psicologia clínica e não em saúde pública. Tenho outras pós-graduações em aconselhamento psicológico, Gestalt Terapia, pós-graduação em gestão de recursos humanos, mas não em saúde pública. A formação que eu trouxe [...] seria do atendimento clínico mesmo (P4)

Nós temos o GT, que são os grupos de trabalho da Secretaria de Saúde, de 15 em 15 dias ou semanalmente, dependendo do GT a gente se reúne para poder dar uma reestruturada porque estamos buscando padronizar toda a rede de suporte da Prefeitura de Vitória, então nós temos sempre quem buscar. Nós temos a referência técnica em violência contra a mulher, em violência infantil e assim por diante, então você tem como sempre ter acesso às referências. Isso aí é muito tranquilo em Vitória (P3)

Eu soube que existia a referência técnica que antes fomentava essas reuniões [...] essas reuniões não estão acontecendo mais e eu acho que isso é um espaço que está faltando para a gente colocar os nossos questionamentos, as nossas angústias, que é um espaço que deve ser fomentado (P6)

Percebemos que, quanto à formação, os profissionais apresentam falas similares, assim como nas pesquisas citadas neste trabalho quanto à inadequação dos currículos para a formação de profissionais que saibam como deve ser a atuação na saúde pública (DIMENSTEIN, 1998; OLIVEIRA et al., 2004; PAULIN; LUZIO, 2009; IGLESIAS et al., 2009). Apesar dessa inadequação, vemos que a maioria dos profissionais buscou outros meios para adequar à falta de formação necessária para atuar no campo.

Quando perguntados sobre o papel da psicologia na Atenção Básica, os profissionais entrevistados responderam destacando a importância da realização de

atividades que busquem a promoção e a prevenção, citaram a necessidade de se manter relações com a comunidade e o território, com o trabalho em equipe e apontaram que há diferenças com relação ao trabalho do psicólogo no consultório particular. Outro profissional, entretanto, apesar de apresentar a mesma concepção apresentada pelos demais, afirma que devido a uma grande demanda, as ações que abordem a temática acabam não sendo realizadas.

O psicólogo na atenção básica tem papel diferente do psicólogo do consultório porque a gente tem que estar trabalhando com questões de promoção de saúde, prevenção não só no atendimento, mas também ações, questões de melhoria de vida, o próprio bairro que a pessoa mora. [...] então eu acho que o papel do psicólogo é mais amplo do que um consultório particular (P2)

Hoje em dia a gente não trabalha com prevenção, nós já estamos trabalhando aqui com uma atenção terciária praticamente. Os pacientes aqui que só não estão internados, mas estão praticamente internados dentro de casa, vêm aqui têm um atendimento e voltam para casa [...] Então, essa questão do atendimento preventivo nós não temos espaço, porque teria sim motivo para realizar, como eu já falei a hipertensão e diabetes, porque é difícil a pessoa manter a dieta, entender que precisa controlar os fatores emocionais para não interferir a não aderência ao tratamento, a não aderência à dieta, a gente poderia, sim, fazer todo esse trabalho. E eu acabo só pegando essas pessoas quando já estão superdoentes, acabo esperando essa doença aparecer para poder atuar. (P5)

Os profissionais relataram também a importância de que na Atenção Básica, o papel do psicólogo seja desenvolvido através da clínica ampliada, assim como a importância de se conhecer o território no qual está atuando e a importância de realização de trabalho em grupo.

[...] a gente trabalha com a clínica ampliada, porque você tem várias frentes de trabalho, não basta você chegar aqui e atender pura e simplesmente, você tem que se envolver com o território, se envolver com a comunidade, aqui nós temos uma comunidade muito atuante, eu participo do conselho local de saúde e isso tem muita potência nesse espaço [...] (P6)

Eu acho que tem várias formas de atuar, eu vejo principalmente que o atendimento grupal seria uma forma mais eficaz talvez de atender a comunidade [...] Projetos dentro desses grupos atendendo a necessidade da comunidade. Claro que atendimentos individuais também são necessários, mas eu acho que o conjunto desses dois atenderia de forma bem interessante. (P4)

“O papel do psicólogo na Atenção Básica pode estar ajudando em vários processos de grupo, processos de atendimento mesmo, você faz atendimento dos adoecimentos mentais” (P5).

Outro profissional atentou para o fato de a Atenção Básica ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, conseqüentemente, atendendo inúmeras demandas distintas:

Unidade Básica de Saúde é porta de entrada de tudo. Então, se você não tiver bem orientado nessa questão do suporte, você termina não fazendo nada. É encaminhar mesmo, é buscar as referências, e tentar manter um padrão de qualidade porque tudo nós atendemos. Ao psicótico grave, surtos, tudo, tudo... Dependência química, violência infantil, violência contra adulto, violência contra idoso. Tudo, tudo. (P3)

Estes resultados, embora não apresentem uma definição clara da Atenção Básica e do papel do psicólogo neste nível de atenção do SUS, trazem referências que nos permitem inferir que as diretrizes são conhecidas e que estes psicólogos buscam realizar atividades que atendam ao que é proposto, assim como foi observado na pesquisa de Nepomuceno e Brandão (2011), na qual os profissionais destacam a necessidade de uma visão ampliada da saúde e a superação do modelo biomédico. Lembremos que Atenção Básica é a porta de entrada dos serviços de saúde públicas do Brasil e é caracterizada por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde [...] É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados [...]” (BRASIL, 2011). A pesquisa realizada mostra que, dos seis profissionais entrevistados, três apresentam-se como conhecedores das diretrizes do SUS e preocupados em realizar ações que não firam seus preceitos, o que aponta uma diferença na pesquisa realizada por Andrade (2007), na qual vimos que apenas dois dos quatorze entrevistados mostravam-se preocupados em realizar ações condizentes com as diretrizes do SUS. Em relação à pesquisa realizada por Iglesias e outros (2009) notou-se um maior comprometimento por parte dos profissionais em realizar, ou buscar realizar, práticas voltadas à promoção da saúde.

Um fato que se tornou um diferencial dessa pesquisa em relação às pesquisas de mesma temática produzidas anteriormente é que os profissionais têm se mostrado cada vez mais ativos no território e menos passivos em suas atuações e cada vez mais conhecedores do seu papel na Atenção Básica, fato este que reflete na fala de um dos profissionais:

[...] a gente está buscando mudar, melhorar o processo de trabalho, de tentar discutir mais através do NASF que está vindo aí para a gente estar discutindo para que não precise encaminhar tanto para o psicólogo. Os outros profissionais em discussão em equipe podem pensar estratégias para que não precisem encaminhar para o psicólogo, mas... é uma tentativa de isso mudar (P2)

Nota-se que a preocupação com a ampliação da forma de trabalho com o envolvimento com os demais profissionais e com a busca de estratégias de

desmedicalização, ou seja, com a necessidade de se superar a tradição de realização apenas de atendimentos individuais estão presentes nas falas dos profissionais entrevistados, o que representa um avanço com relação, por exemplo, à pesquisa de Andrade (2007), realizada também com psicólogos da Atenção Básica de Vitória, na qual a maioria dos profissionais demonstrava preferência por atendimentos individuais em detrimento das ações coletivas. Entretanto, observamos que não fica claro de que forma estas ações devem ser realizadas, assim como não fica claro se fazem distinção entre ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Essa imprecisão também aparece na pesquisa de Iglesias e outros (2009), que mostra que grande parte das atividades realizadas pelos profissionais era de caráter preventivo e de controle de doenças.

A referência ao NASF que o entrevistado citou é importante, principalmente devido ao fato de que é atualmente a forma em que a inserção da Psicologia é mencionada nas diretrizes do Ministério da Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando pensamos na profissão do psicólogo e sua forma de atuação, a primeira referência que temos é a atuação dentro de consultórios particulares. Esta concepção também é válida para quando nos referimos à atuação do psicólogo na Atenção Básica e é confirmada no instante em que pesquisas que buscam analisar as atividades desenvolvidas pelos profissionais neste nível de atenção ainda se deparam com profissionais atuando desta forma. As inúmeras pesquisas citadas ao longo deste trabalho mostram que a formação tradicional resulta em práticas de saúde centradas no modelo biomédico, no qual não é levado em conta a subjetividade do sujeito nem seus fatores sociais, sendo considerado, então, apenas o diagnóstico e o processo doença-cura.

Vimos que a inserção da Psicologia na Saúde Pública, de uma maneira geral, independentemente do nível de atuação, ainda é algo recente e pouco discutido no Brasil e as pesquisas citadas ao longo deste trabalho que procuram entender de que forma tem sido feita esta inserção, bem como de que modo estes profissionais

exercem suas funções, mostram que os profissionais da Psicologia vinculados ao SUS ainda vinham atuando de uma forma que os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica não estavam sendo cumpridos, concentrando grande parte de suas agendas para realizar atendimentos individuais, com poucas ações em grupos que somente existiam para que esses profissionais pudessem dar conta da grande demanda existente no território.

O trabalho interdisciplinar também é ainda incipiente. São encontrados também profissionais queixosos, que alegam que em sua formação durante a graduação somente lhes foi ensinado a atuar desta maneira e que não sabem como deve ser feita sua atuação na saúde pública, principalmente por não haver diretrizes que os guie de uma forma orientando o 'como fazer' neste campo.

Aos poucos, estas pesquisas começam a apresentar uma mudança de cenário e nos apresentam profissionais que, devagar, caminham de forma a que realizem algumas práticas em grupo que busquem a prevenção de doenças e a promoção da saúde do sujeito inserido no território.

No trabalho aqui realizado, foi percebido que, diferentemente do encontrado nas pesquisas anteriores, os profissionais têm se mostrado mais conscientes das suas práticas dentro do campo, demonstrando estarem mais preocupados com as ações voltadas para o território, com a realização e importância das reuniões com os colegas das equipes multiprofissionais, o que é necessário para que as práticas avancem para a interdisciplinaridade, com a realização de ações que busquem a desmedicalização do sujeito. Entretanto, a percepção que a consciência dos profissionais sobre o seu papel na Atenção Básica tem aumentado não garante que todas suas práticas já estejam dirigidas para uma ação propriamente voltada para o coletivo.

Percebemos que muitas características do modelo clínico individual apontado em pesquisas anteriores também podem ser notadas nesta pesquisa, ao depararmos, por exemplo, com um dos profissionais que ainda dedica 100% de sua agenda aos atendimentos clínicos e também com a dificuldade encontrada ao tentarmos entrar em contato com esses profissionais no momento inicial da pesquisa. A dificuldade de contato pelo telefone da Unidade de Saúde atribuída ao fato de os psicólogos "nunca saírem de sua sala", segundo relato do atendente, mostra que ainda

prevalece a lógica do profissional isolado, sendo que apenas os pacientes entram quando solicitados.

Um fator inesperado que surgiu durante a discussão dos dados encontrados foi o modo como os psicólogos falam das abordagens utilizadas, pois este ponto, próprio do campo da Psicologia, não é uma discussão que em geral se encontra na literatura nem nas diretrizes do SUS. Sabemos que na saúde coletiva o trabalho se volta para a clínica ampliada e, de certa forma, podemos inferir pelas respostas dadas que a melhor maneira de atuar no nível da Atenção Básica, segundo os psicólogos entrevistados, é com atividades que promovam saúde. Porém, como o entendimento de promoção à saúde ainda é impreciso e como a Psicologia se fundamenta em certas leituras sobre as subjetividades, encarnadas nas diferentes abordagens teóricas, avaliamos que este ponto mereceria ser investigado em futuras pesquisas.

Com a realização da pesquisa, foi possibilitada a compreensão de que a prática da Psicologia, mesmo sem haver diretrizes básicas que forneçam para o profissional um guia que o ensine o “como fazer”, encontra possibilidades de construção de diversas práticas além dos programas ofertados pelo Ministério da Saúde, que possuem caráter preventivo e curativo, podendo, então, viabilizar ações que envolvam o território, equipe multidisciplinar, que sejam promotoras da saúde e que busquem fomentar a autonomia dos participantes. Apesar da não existência de diretrizes específicas que guiem os profissionais a como estabelecerem suas práticas, podemos compreender que, a partir da formação generalista e das diretrizes do SUS, é possível a construção de uma prática coerente. As diretrizes estabelecidas através dos Nasf deverão trazer avanços nesta área, mas como esta forma de trabalho apareceu de modo muito incipiente na fala de apenas um profissional, não foi um aspecto explorado e também se configura em um ponto que merecerá novas pesquisas.

Quanto às limitações existentes para a realização da pesquisa, a demora no retorno dado pela Prefeitura de Vitória e o pouco tempo disponibilizado pelos psicólogos para a entrevista podem ser considerados como limitações para sua elaboração.

Devido ao aparecimento de dados inesperados durante a construção da análise, alguns aspectos já citados ficam indicados como sugestão para novas pesquisas. Pesquisas que aprofundem a questão das atividades realizadas pelos psicólogos

especificamente em relação aos grupos e ações coletivas também são sugeridas como pesquisas a serem futuramente investigadas, visto que, durante a produção desta pesquisa, não foi abordado se há clareza sobre o porquê de sua realização, para qual finalidade existem e como eles ocorrem.

Acrescido a isso, uma questão passível de investigação seria o do próprio Relatório produzido no ano de 2010 pelo Conselho Federal de Psicologia e Crepop que foi realizado a partir de pesquisa feita com o propósito de elaborar diretrizes para a atuação dos psicólogos na Atenção Básica, o que não foi concretizado até o presente. Pesquisas do mesmo Conselho e do Crepop relativas a outros campos de atuação, como os CAPS, Creas, educação básica, sistema prisional, resultaram na formulação de diretrizes, o que não aconteceu com relação às práticas na Atenção Básica.

Esta pesquisa se mostrou extremamente relevante enquanto aluna finalista, haja vista que muito do que foi discutido neste trabalho refere-se à discussão da postura do profissional perante a sua formação e prática no seu campo de atuação. Além disso, a pesquisa proporcionou a percepção de que o campo da Atenção Básica é ainda pouco explorado pela Psicologia e, portanto, fértil de possibilidades para os profissionais que buscam ser conhecedores das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- ANDRADE, A. N. Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=18&layout=html>> Acesso em: 21 de outubro de 2014.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v. 17, n. 2, maio-agosto, 2005.
- BERNARDES, Jefferson de Souza. (2007). A psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In M. J. P. Spink, (Org.), **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia. Ciência e profissão.**, Brasília , v. 30, n. 3, set. 2010 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 208 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Coletanea_Normas.pdf> Acesso em: 20 de Abr de 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. SUS: Princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 480p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF: 2009b. 157 p

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> acesso em: 27 de Outubro de 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União 2008; 24 jan

BUCHER, Júlia S. N. F. Psicologia da Saúde no contexto da saúde pública: uma complexidade crescente. Em O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia. (Orgs.) **Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica**. p.213-237. São Paulo: Casa do psicólogo. 2002.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga; GUARIDO, Elza Lauretti. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. IN: SPINK, Mary Jane (Org.). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p.81-103.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos avançados. São Paulo, v. 27, n. 78, 2013.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília , v. 24, n. 3, Sept. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores.** 2ª Ed. Brasília-DF, Julho de 2013.

_____. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf. Acesso em: 20 julho 2014

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html> Acesso em: 20 abr. 2014.

DANELUCI, Rebeca de Cássia. **Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na Atenção Básica.** 2010. 151f. Dissertação Mestrado-Programa de pós graduação em Psicologia. Área de concentração: psicologia clínica- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

DESLANDES, Suely Ferreira et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia. (Natal)**, Natal, v. 3, n. 1, Junho 1998.

_____. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

ELIAS, Paulo Eduardo; ALVES, Maria Cecília Góis; COHN, Amélia; KISHIMA, Vanessa; ESCRIVÃO JUNIOR, Alvaro; GOMES, Adriana; BOUSQUAT, Aylene. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Setembro. 2006

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de estado da saúde. **Unidade básica de saúde: Fundamentos x Área física- Manual prático para elaboração de projetos para unidades de saúde.** [2006?]

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Outubro de 2014.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008

IGLESIAS, Alexandra et al. Análise das ações de pre à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: teoria e prática.** São Paulo, v. 11, n. 1, jun. 2009.

KERBAUY, Rachel Rodrigues. Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002

LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivana Jann; LISBOA, Márcia Lucrécia. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 24, n. 1, Mar. 2004 .

MELO, Rutinéia Jacob de. **Atenção primária a saúde e atenção básica a saúde: os discursos ideopolíticos do ministério da saúde**. 2009. 209f. Dissertação (mestrado em política social) Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Jun. 2009

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NEPOMUCENO, Léo Barbosa; BRANDAO, Israel Rocha. Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. **Psicologia ciência e profissão.**, Brasília , v. 31, n. 4, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400008&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 Oct. 2014.

OLIVEIRA, I. F. et al.(2004) O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Formação acadêmica e prática profissional. **Interações IX** (17) 71-89.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PAULIN, Tathiane; LUZIO, Cristina Amélia. A psicologia na saúde pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da UNESP**. 2009 v. 8 n. 2 p. 98-109

ROMANHOLI, Andrea Campos. 2004. Na corda bamba: Reforma psiquiátrica e saúde mental na atenção primária. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória,ES.

SCOCHI, Maria José; MATHIAS, Thaís Aidar de Freitas; SOUZA, Regina Kazue de; GAZOLA, Sebastião; TAVARES, Célia Regina Granhen. Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em município da região Sul do Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; v. 10 n. 2 p. 347-343.

SPINK, Mary Jane (Org.). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 24 de setembro de 2014.

VITÓRIA. **Plano Municipal de Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf> acesso em: 13 de outubro de 2014

VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **Relatório de gestão**. 2010. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928_relatorio_gestao_2010.pdf> acesso em: 25 de outubro de 2014

APÊNDICE A – Roteiro inicial de perguntas

- 1) Em sua opinião, qual o papel do psicólogo na Atenção Básica?
- 2) Quais são as atividades que você realiza?
- 3) É realizado algum tipo de planejamento para cada atividade?
- 4) As atividades são realizadas com outros profissionais?
- 5) Você considera o seu trabalho multidisciplinar?
- 6) Existem dificuldades para a realização do seu trabalho? Quais?
- 7) Há quanto tempo atua em Unidade Básica de Saúde?
- 8) Com qual abordagem você atua?
- 9) Na sua formação, você acredita que teve base para atuar neste campo?
- 10) Teria alguma sugestão para os psicólogos melhorarem suas atuações no nível da Atenção Básica?

