

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LUIZ FERNANDO ZIPPINOTTI

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE COLETIVA  
DO MUNICÍPIO DE CARIACICA-ES**

VITÓRIA

2014



LUIZ FERNANDO ZIPPINOTTI

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE COLETIVA  
DO MUNICÍPIO DE CARIACICA-ES**

VITÓRIA

2014

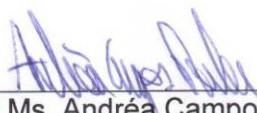


LUIZ FERNANDO ZIPPINOTTI

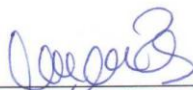
**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE COLETIVA  
DO MUNICÍPIO DE CARIACICA-ES**

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

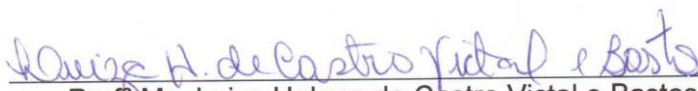
Aprovado em 08 de dezembro de 2014



Profª Ms. Andréa Campos Romanholi, FCSES - Orientadora



Profª Ms. Margareth Marchesi Reis, FCSES



Profª Ms. Luiza Helena de Castro Victal e Bastos, UVV

VITÓRIA

2014



Dedico este trabalho a minha família estendida,  
esposa, filhos, genros, nora,  
irmã, mãe, cunhados, sogra e amigos,  
pelo apoio recebido durante a formação.





## **AGRADECIMENTOS**

Aos professores Felipe de Carvalho Pimentel, Christyne Gomes Toledo de Oliveira e Andrea Campos Romanholi, que influenciaram de forma decisiva minha formação em Psicologia.



## RESUMO

Este trabalho teve por objetivo de descrever e caracterizar o trabalho dos psicólogos que atuam nos serviços de Atenção Básica do município de Cariacica (ES), sua forma de inserção e atuação na saúde, bem como as dificuldades que encontram no trabalho, analisando seu relato com relação aos princípios e práticas sugeridas pelo SUS. Foi uma pesquisa exploratória, delineada como um estudo de campo que teve como sujeitos sete psicólogos que atuam na atenção básica de Cariacica. Os dados foram coletados via entrevista semiestruturada e para sua análise utilizou-se a análise temática, uma das variedades da análise de conteúdo. Os resultados apontam que está em curso uma reorganização da atuação dos profissionais de apoio que atuam na atenção básica, sendo que estes atuavam na modalidade de Programas e agora estão atuando como equipes que devem desenvolver suas atividades nos territórios. Apontam, ainda questões relacionadas existência de problemas estruturais no município, como falta de profissionais, estrutura de prestação de serviço deficiente e/ou inadequada, falta de orçamento para a saúde, processos mal geridos com perdas para os cidadãos e falta de importantes equipamentos de saúde previstos pelo SUS. Quanto às percepções e atuação dos psicólogos, os resultados permitem inferir que estes profissionais de Cariacica conhecem os princípios e diretrizes do SUS e preocupam-se em orientar sua prática a partir destes. Este fato demonstra um avanço com relação a estudos anteriores sobre o mesmo tema, inclusive alguns estudos realizados com profissionais de municípios vizinhos há cerca de 10 anos. Por outro lado, observa-se que o trabalho dos psicólogos ainda apresenta necessidades de solução relativas a questões muito urgentes: enfrentar o problema do excesso de demanda e buscar a ampliação de práticas ligadas à promoção de saúde; construir e fazer operar uma equipe multidisciplinar que atue efetivamente de modo interdisciplinar e busque ainda a transdisciplinaridade.

**Palavras-Chave:** Atenção Básica. Psicologia. SUS



## ABSTRACT

This study aimed to describe and characterize the job environment of psychologists working in the Primary Health Care services in the municipality of Cariacica (ES), how integration occurs, under what principles they organize their actions and the difficulties that they deal to act properly. It was done by analyzing psychologists' reports with the principles and practices suggested by Brazilian Unified Health System (SUS). It was an exploratory research planned as a field study with seven psychologists working at Cariacica's Primary Health Care. The data was collected from semi-structured interviews and a thematic analysis, one of the types of content analysis, was made. The results show that there is an ongoing reorganization mode of action of support professionals working in primary care; before they have worked in Program mode; now they are working as a team and developing its activities in the territories. Furthermore, the psychologists point issues related to structural problems within the city such as lack of workers, a poor or inadequate structure to provide the service, lack of budget, mismanagement with loss for citizens and lack of important health equipment. Regarding perceptions and actions of psychologists, the results allow us to infer that these professionals from Cariacica know the principles and guidelines of the SUS and are concerned in guiding their practice from these guidelines. This shows an improvement over previous studies on the same topic, including some studies with professionals from neighboring cities for nearly 10 years. On the other hand, it is observed that psychologists that work there still have a lack of solution related to needs of very pressing issues: face the problem of excess demand and seek the expansion of practices related to health promotion; establish a multidisciplinary team to act effectively in an interdisciplinary way and still seek transdisciplinarity

**Keywords:** Primary Health Care. Psychology. Brazilian Unified Health System (SUS).



## LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

COPSI - Coletivo dos Psicólogos da Saúde

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FCSES - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de desenvolvimento Humano Municipal

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONU - Organização das Nações Unidas

PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cariacica (ES)

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
2.1 A SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO E NO BRASIL .....	21
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	23
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	26
2.4 A PSICOLOGIA NO SUS .....	31
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	39
3.1 DELINEAMENTO E PLANO GERAL .....	39
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA .....	39
3.3 ÁREA, POPULAÇÃO ALVO E PLANO DE AMOSTRAGEM .....	39
3.4 COLETA DOS DADOS .....	40
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	41
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	45
4.1 SUS E ATENÇÃO BÁSICA: DESCONHECIDOS CONHECIDOS .....	50
4.2 OS MISTÉRIOS DA "GESTÃO" .....	53
4.3 O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA EM CARIACICA .....	58
<b>4.3.1 A inserção da Psicologia na Atenção Básica</b> .....	58
<b>4.3.2 Papel e atuação na Atenção Básica</b> .....	60
<b>4.3.3 Dificuldades na atuação</b> .....	64
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil se construiu e se constrói numa história de tensões e lutas, tendo como inspiração pautas dos movimentos sociais e também experiências e diretrizes internacionais que apontam para o caminho da construção de sistemas nacionais de saúde. No caso do Brasil, os movimentos de abertura política, da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica se articularam de formas diversas na luta pela implantação e efetivação do atual Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciados ao fim da década de 1970, tais movimentos aconteceram paralelamente ao movimento mundial que definia a Atenção Primária à Saúde (APS) como referência e base para a implantação e organização de sistemas nacionais de saúde bem estruturados.

A saúde pública ganhou novos contornos a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, quando foi reafirmado que a saúde, definida como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade" (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1978) deveria ser considerada como um direito humano fundamental, e foi definido como meta social mundial o alcance de um ótimo nível de saúde para todos. A Declaração de Alma-Ata, documento de referência para a organização da APS no mundo, formalizou várias concepções que, em uma visão abrangente (GIOVANELLA, 2008), podem ser consideradas inovadoras no campo da saúde, apresentando não apenas uma nova percepção sobre o que é a saúde, mas também sobre as condições para se alcançar esse estado.

Toda a legislação posterior ligada à institucionalização e consolidação do SUS foi construída e articulada com a finalidade de fortalecer as bases desse sistema público de saúde brasileiro, descentralizado, altamente participativo, mas que é ainda bastante recente quanto aos aspectos de institucionalização. Não é difícil perceber que sua efetivação é complexa e cheia de desafios.

Ainda com a perspectiva de Alma-Ata, de ter a atenção primária como base do sistema, o Ministério da Saúde vem mantendo esforços para consolidar a atenção

primária - no Brasil chamada de atenção básica<sup>1</sup> à saúde – como "contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde". Os serviços da atenção básica são oferecidos por meio das equipes de atenção básica ou das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Caminhando em direção aos aspectos mais específicos do cuidado com o usuário e da prática clínica, a atenção básica conta, atualmente, com orientações da Política Nacional de Humanização (PNH), que orienta a construção de "vínculos terapêuticos e corresponsabilização" (BRASIL, 2010, p. 21), bem como "o atendimento de demandas espontâneas por meio de práticas de acolhimento" (BRASIL, 2010, p. 21). Tendo a PNH como orientação para a construção do cuidado, a atenção básica se organiza segundo os conceitos de clínica ampliada, equipe de referencia e apoio matricial e projeto terapêutico singular. A PNH exige a busca da diferença, daquilo que é "singular" e também "uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença" (BRASIL, 2008, p. 45).

Considerando todo esse percurso de luta pela implantação, efetivação e consolidação do SUS, a concepção de saúde coletiva se sobrepõe à tradicional saúde pública (BIRMAN, 1991). Da mesma forma, a importância de os serviços contarem com equipes multiprofissionais que atuem de modo interdisciplinar via clínica ampliada se coloca e é a partir daí que fica claro o lugar para a contribuição de diversas profissões da saúde, entre elas a Psicologia. Spink e Matta (2010, p. 42) observam que

Como campo de conhecimento, a Saúde Coletiva certamente pode estabelecer um diálogo profícuo com a Psicologia, especialmente nas dimensões relacionadas com a compreensão das práticas de saúde, da maneira como a população identifica suas necessidades de saúde, as explica e se organiza para lhes dar solução e, ainda, como se dão os processos de comunicação social em saúde.

Isso nos leva ao tema desse estudo: a inserção do profissional psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as características de sua atuação e as dificuldades encontradas. Spink e Matta (2010, p. 47) observam que "muitos psicólogos têm construído sua inserção nas Unidades de Saúde [...] muitas vezes sem realizar articulações com os princípios e diretrizes do SUS". Pesquisas

---

<sup>1</sup> Uma diferenciação dos dois conceitos pode ser obtida em Böing, Crepaldi e More (2009, p. 830); uma explicação sobre uso comum dos dois termos e como um tem se diferenciado em relação ao outro dentro do sistema de saúde pode ser vista em Pasche (2010).

desenvolvidas com a temática deste trabalho e disponibilizadas em bases de dados respeitadas, do ponto de vista da ciência da psicologia, têm demonstrado a presença de questões como: a) quanto à inserção: precariedade de condições de trabalho, conflito interno nas equipes, grande demanda - superior à capacidade de atendimento, entre outros; b) quanto à atuação: ainda forte predominância do modelo médico, ainda acentuada intervenção no modelo clínico individual, trabalho com grupos com o foco na doença e não na promoção da saúde, entendimento equivocado do que é a "promoção à saúde", entre outros; c) quanto às dificuldades: pressão por atender a demanda impedindo o trabalho propriamente coletivo de promoção da saúde; expectativa - por parte da equipe multidisciplinar - de um atendimento rápido e que resolva o problema; questões com remuneração diferenciada entre profissionais; falta de integração com a equipe da unidade de saúde; presença de burocracia administrativa; rotatividade de profissionais, entre outros.

Algumas dessas questões guardaram certa similaridade com o que foi observado no campo desse estudo, o município de Cariacica/ES. No município foi desenvolvida, no primeiro semestre de 2014, uma reorganização dos serviços de saúde, de um modelo organizado a partir da oferta de ações via Programas para um modelo organizado a partir da implantação de equipes de atuação interdisciplinar localizadas no Território e com a função de desenvolver ações diversas que cubram as necessidades antes atendidas pelos programas. Na proposta atual, em vigor desde julho de 2014, os serviços de todos os programas e mais os serviços da Atenção Básica são oferecidos em 12 sedes regionais, sendo que cada região tem delimitado um território onde a atuação das equipes da unidade de saúde pode ser integrada com as equipes da atenção básica tradicional ou com as equipes da ESF que existam na regional, de modo que a atuação em rede e a integração territorial com os serviços da saúde ou intersetoriais como escolas dos bairros da região e conselhos tutelares possa acontecer de modo mais adequado. Conforme informou o gestor do processo de mudança, a reorganização alcançou profissionais de algumas disciplinas, a psicologia entre elas. Antes, na modalidade de Programas, tinham uma atuação que não era, necessariamente, em equipe multidisciplinar, ou não se orientavam, necessariamente, a um modelo ampliado de saúde, sendo muito comum que o atendimento clínico tradicional fosse a forma exclusiva de atuação. Agora, na

modalidade de Território, a atuação ocorre em equipes multidisciplinares focadas nas características particulares do território, usando as estratégias mais adequadas e integradas com os outros demandantes do território, como as escolas, visando uma atuação em rede.

Tendo em vista esse histórico recente de implementação de novos modelos e práticas, a presente pesquisa foi desenvolvida como um estudo de campo realizado com os psicólogos que atuam nos serviços da Atenção Básica oferecidos no município de Cariacica, tendo como objetivo descrever e caracterizar sua inserção e atuação, bem como conhecer suas dificuldades, analisando os dados em função dos princípios e diretrizes do SUS e da atenção básica mais especificamente.

Do ponto de vista social, esta pesquisa mostra-se relevante porque pretende evidenciar como está se realizando a proposta do SUS no campo de estudo; se de fato a pretendida inserção e atuação do profissional psicólogo está acontecendo conforme é desejável para o serviço de Atenção Básica, e o quanto as dificuldades para a inserção e atuação estão comprometendo este mesmo referencial.

Do ponto de vista técnico, esta pesquisa pretende gerar conhecimento sobre a participação do profissional psicólogo na saúde pública de um importante município do ES. São escassos os estudos sobre o tema da atuação da psicologia em serviços públicos de saúde no município de Cariacica, o que foi confirmado em consulta à base de dados do Scielo em que, utilizando como descritores as palavras "saúde" e "Cariacica", a base de dados retornou apenas 13 referências, sendo que em somente uma delas tratava um tema da Psicologia. Assim, esta pesquisa vem trazer dados e informações novas aos gestores, professores e pesquisadores interessados no tema da atenção básica no âmbito do município individualmente considerado ou como parte da Grande Vitória.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO E NO BRASIL

Em 1978 a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida entre 6 e 12 de setembro, em Alma-Ata, uma cidade da República do Cazaquistão, então parte da União Soviética. Nesta conferência foi elaborado um documento que trazia uma nova perspectiva para se perceber a questão da saúde, colocada então como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade" (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1978). Este importante documento ficou conhecido como Declaração de Alma-Ata e ampliava as questões pertinentes à saúde a partir de um conjunto de afirmações entre as quais:

- que a saúde é um direito humano fundamental e que alcançar o mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial;
- que a realização dessa meta envolve a participação ativa e responsável de muitos outros setores sociais e econômicos, e não apenas do setor de saúde;
- que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde;
- que a saúde deve se orientar, inicialmente, pelo conceito de cuidados primários, que são cuidados essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticas, "colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, a um custo que a comunidade e o país possam manter, no espírito de autoconfiança e autodeterminação" (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1978).

Como uma das ideias centrais da Declaração, o conceito de cuidados primários de saúde, a que todos os governos eram convidados a aderir:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu

desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1978)

Alma-Ata ainda hoje é lembrada em documentos de referência que orientam o sistema de saúde em construção no Brasil, como pode ser confirmado em Pasche (2010).

Giovanella (2008) lembra que a Atenção Primária à Saúde, desde sua origem em Alma-Ata, pode ser entendida a partir de diferentes concepções, inclusive pelo viés econômico que leva a um entendimento simplificado no qual se propõe uma saúde pública pautada na oferta apenas de recursos mínimos e de custos reduzidos. Por outro lado, numa concepção abrangente, a APS

[...] é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde (GIOVANELLA, 2008, p.s22).

No Brasil estes preceitos de Alma-Ata, que definiram o que passou a ser conhecido como Atenção Primária à Saúde (APS), nesse sentido ampliado descrito acima, mantiveram sua força junto àqueles profissionais engajados na luta pela reforma sanitária e pela constituição de um sistema nacional de saúde. Esse engajamento pela implantação de um sistema público e universal de saúde, que teve início anterior mesmo à ditadura militar de 1964, conforme relatado em Carvalho (2013), favoreceu que o tema fosse tratado com profundidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, e que viesse a influenciar os deputados eleitos para a Assembleia Nacional Constituinte, de modo a fazer constar, na Constituição Federal de 1988, cinco artigos (Artigos 196º a 200º) estabelecendo o que seria o início de uma profunda reforma no sistema de saúde então existente (BRASIL, 2014a).

A partir da 8ª CNS (BRASIL, 1986a, 1986b) o esforço pela construção de um sistema nacional de saúde passa a estar balizado em referências muito concretas:



ele deve ser público; deve haver clara separação entre saúde e previdência; a saúde deve ser vista sob um conceito ampliado e abrangente, e como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986b, p. 4).

A saúde não deve ser vista como um conceito abstrato, mas como um direito, que significa a garantia, pelo Estado, "[...] de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde [...] a todos os habitantes do território nacional" (BRASIL, 1986b, p. 4). Para a criação desta nova realidade os delegados da 8ª CNS solicitam "a criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência" (BRASIL, 1986b, p. 10).

## 2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As recomendações da 8ª CNS, documentadas no Relatório Final (BRASIL, 1986b) e nos Anais (BRASIL, 1986a) da mesma, tiveram importante eco na elaboração do texto da Constituição Federal de 1988, que, em seus artigos 196 a 200, contemplou em grandes linhas (para disciplina posterior em legislação específica) as demandas ali originadas. Assim, segundo a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2014a, p.12-15):

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor [...] sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...].

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...].

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...] [que] poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde [...]

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da

produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho

A Lei 8.080, de 19/09/1990, veio dispor “sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 2014b, p.17), deu estrutura jurídica ao SUS, delineando seus objetivos e atribuições, princípios e diretrizes; estruturou sua organização, direção e gestão nos três níveis de governo, estabelecendo competências e atribuições, regras para a participação dos serviços privados no sistema e regras para a formação de pessoal e financiamento.

A 8ª CNS havia examinado algumas forças presentes e ausentes no contexto social que favoreciam o estado em que, então, se encontrava a saúde e apontou a falta da participação civil, que relatou como a "debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde" (BRASIL, 1986, p. 6). Após dificuldades para manter os artigos que tratavam deste tema, a Lei 8.142, de 28/12/1990, que dispôs “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de fundo entre as três instâncias de governo, por meio de seus órgãos representativos” (BRASIL, 2014c, p. 47), veio trazer ordenamento jurídico para a participação popular, doravante denominada como Princípio do Controle Social, que passou a se dar via Conferências e Conselhos de Saúde.

Desde a reforma sanitária até a regulamentação legal do SUS, há um aspecto que se destaca e que se refere à convocação para se reestruturar o pensamento sobre a saúde, pensar a saúde a partir de outro enfoque, mais amplo. Nesse sentido faz-se importante uma referência a Birman (1991) quando este autor aponta a importância de se trabalhar sob o paradigma da Saúde Coletiva e descreve sua diferença com relação a Saúde Pública. Conforme o autor “Trata-se de campos não homogêneos,

na medida em que se referem a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares” (BIRMAN, 1991, p. 7). O autor observa que a Saúde Pública se organiza inicialmente colocando o foco no aspecto sanitário da nova estrutura urbana que se formava na modernidade, visando combater as epidemias e endemias, uma vez que o Estado passava a ver “[...] as condições de saúde de sua população como sua riqueza maior [...]” (FOUCAULT apud BIRMAN, 1991, p. 8). Neste processo, houve intensa utilização da ciência médica, em especial suas descobertas sobre como se dá o processo da infecção, o que levou o autor a associar a Saúde pública com a Biologia (BIRMAN, 1991).

Diferentemente, a Saúde Coletiva inaugura uma fase posterior, e "O seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina" (BIRMAN 1991, p. 9). Avançando sua análise sobre essa problemática, Birman (1991) se pergunta sobre o que delinea o território e as fronteiras da saúde coletiva: reconhece como sua característica singular a multidisciplinaridade e vê suas fronteiras “[...] relativa[s] às *relações entre a natureza e a cultura*” (BIRMAN, 1991, p. 9, grifo do autor), mais próxima, portanto, das Ciências Sociais:

Desde o final do século XVIII, estas [relações] delinham o campo da saúde e regulam a produção epistemológica de seus discursos teóricos e o agenciamento das práticas sanitárias. Desde então a medicina científica se constituiu no seu duplo registro, construindo o campo da saúde como mediação possível para regular as relações complexas entre a natureza e sociedade.

Retomando a discussão específica da atenção básica no SUS, cabe a referência a Starfield (2002) que contribuiu para a compreensão maior do conceito da atenção primária. Esta autora avançou na caracterização dos profissionais da atenção primária e de sua relação com outros profissionais e recursos nos casos mais complexos, destacou a importância da relação profissional-paciente e da integralidade da atenção, bem apresentou análises do equilíbrio necessário entre serviços de saúde e tecnologia, nas quais ressaltava o aspecto da sobrevalorização da tecnologia nas demandas da atenção primária, onde práticas mais simples são mais adequadas e suficientes para o atendimento da maior parte das necessidades da população. Também importante para a valorização e o crescimento da atenção primária no Brasil foi o trabalho de Buss (2000), sobre promoção da saúde e

qualidade de vida. Trabalhando com vários documentos oficiais dos governos dos EUA, Grã-Bretanha e Canadá, além da ONU e algumas colaborações da Europa, o autor evidenciou estratégias que, ao promoverem a saúde incrementam a qualidade de vida, "sobretudo em formações sociais com alta desigualdade sócio-sanitária, como é o caso do Brasil" (BUSS, 2000, p. 163).

Com este breve histórico já se pode perceber que a proposta da atenção básica no SUS não é algo simples. Assim, aliado a ações relativas a mobilizar mudanças nos processos de trabalho e no modo de cuidar como é o caso da PNH, se fazem necessárias modificações ou atualizações na legislação de modo a acompanhar o dinamismo da construção do SUS e os desafios enfrentados. Nesse sentido é importante citar o Decreto 7.508, de 28/06/2011, que regulamentou a Lei 8.080 (de 1990) dispondo sobre "[...] a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa" (BRASIL, 2011). Assim também a Portaria 2.488, de 21/10/2011, que aprovou a nova e atual Política Nacional de Atenção Básica, na qual foram contempladas várias teses que podem ser reconhecidas em Starfield (2002), além de novos serviços e ações relacionados aos avanços na forma de atenção provocados pela PNH, dando então, ao sistema integrado, especificamente à atenção básica a feição que tem hoje.

### 2.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito ampliado de saúde chama a atenção para as muitas dimensões presentes na vida que têm impacto direto sobre a saúde. Essas dimensões, vistas em conjunto, são conhecidas como **determinantes** da saúde e são parte significativa do entendimento do processo saúde-doença. Buss e Pellegrini Filho (2007) dão importância à identificação dos determinantes sociais de saúde (DSS) como um modo de se examinar "possibilidades de intervenções de políticas e programas voltados para o combate às iniquidades de saúde" (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 77). Relatam que, para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS),

os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Nesse contexto, parece adequado que a saúde seja conduzida a partir de uma perspectiva multidisciplinar, uma vez que as disciplinas individuais, por mais generalistas que sejam, não têm formação técnica suficiente para entender e lidar, simultaneamente, com todas essas dimensões que envolvem a saúde. Paim e Almeida Filho (1998, p. 308) observam que

[...] pode-se entender a saúde coletiva como campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto "saúde" e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde".

Assim, esse novo objeto de estudos e práticas, a saúde coletiva, se estabelece tendo sua abordagem multi e interdisciplinar como uma das fortes características no enfrentamento dos DSS.

Neste contexto em que se busca trabalhar com um sistema de saúde que ofereça atenção integral e que seja organizado com base na atenção básica, o SUS desenvolveu uma definição para este nível de atenção que foi atualizada pela Portaria 2488, de 21/10/2011:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012, p.19)

Quanto ao sujeito, a Atenção Básica deve promover a saúde, prevenir e tratar doenças buscando a redução de danos ou sofrimentos. Deve olhar o indivíduo em sua singularidade sem perder de vista sua complexidade, integralidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012).

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF depois ESF), iniciado em 1994, se consolidaram

como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2012). Conforme Filgueiras e Silva (2011, p. 900),

No Brasil, a busca por novas formas de produzir saúde pode ser identificada em diferentes ações políticas, assistenciais e na formação profissional. Tal contexto se pode perceber a partir da proposta de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de 1991, e Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994.

Assim, nas propostas do PACS e do PSF observa-se experiências bem sucedidas que se institucionalizaram, vindo a tornar-se um modelo viável para a reorganização da atenção à saúde no país:

O Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2003, p. 91).

Tendo o PSF se consolidado, quando de sua expansão para todo o território nacional, teve seu nome alterado para Estratégia de Saúde da Família (ESF), denotando com maior clareza aquilo que de fato era, a saber, uma **estratégia** voltada a ser utilizada para se alcançar o objetivo de consolidar a atenção básica e com isso avançar na melhoria das condições de saúde da população e na efetivação do SUS. Na Política Nacional de Atenção Básica, a ESF é tida como uma

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p.54)

Mesmo com a adoção da ESF como via para a consolidação da Atenção Básica, foi observado que, no cotidiano das práticas, poucas modificações com relação ao modelo tradicional ocorriam no cotidiano dos serviços. Visando enfrentar este desafio, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), que, entre outros, trabalha conceitos voltados especificamente à produção de novas práticas (BRASIL, 2014a).

Os principais conceitos a atuarem como forças motrizes dessa transformação esperada nas formas de cuidado a serem oferecidas na atenção básica de modo a permitir que esta atinja seus objetivos foram o de Clínica Ampliada, de Equipe de Referência, Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular.

A Clínica Ampliada caracteriza-se por um atendimento interdisciplinar em que todas as disciplinas presentes se relacionam em mesmo nível hierárquico de importância, propõe-se a um olhar que contemple o sujeito único e singular sob um conceito ampliado de saúde, e não apenas a doença e seus sintomas que se repetem regularmente (BRASIL, 2004a). Conforme documento orientador publicado pelo Ministério da Saúde, a Clínica Ampliada é um compromisso radical com o sujeito visto de modo singular, que leva as equipes de saúde a assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços, articulando-se também com outros setores, em movimento a que se dá nome de intersetorialidade, além de se ressaltar a necessidade de se assumir um compromisso ético profundo com o usuário do sistema (BRASIL, 2004a).

As Equipes de Referência são equipes das UBS ou ESF, com características criativas de novos arranjos organizacionais, em que profissionais de diferentes áreas trabalham juntos com igual poder de decisão sobre a realidade que encontram (BRASIL, 2004b), ou seja, são transversais, no sentido de

produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde (BRASIL, 2004b, p. 6).

Além disso, essa equipe "se responsabiliza pelo atendimento de um certo número de pacientes, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos" (BRASIL, 2004b, p. 9). Por sua vez, profissionais de áreas específicas que podem contribuir com a atenção integral aos sujeitos podem se organizar como Equipes de Apoio Matricial que têm a função de apoiar o atendimento prestado pela Equipe de Referência, sempre que o caso exige um conjunto de conhecimentos ou de equipamentos mais especializados. Diferentemente do modelo praticado no passado, uma Equipe de Referência "não encaminha, ela pede apoio" (BRASIL, 2004b, p. 11) e segue o cuidado em parceria com as equipe de apoio matricial. Assim, os profissionais encarregados de atuar como apoio, utilizam-se de práticas que permitem o desenvolver do cuidado compartilhado com a Equipe de Referência, o que permite a ampliação do saber por todos: "O apoio matricial [...] lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência" (BRASIL, 2004b, p. 13). Finalmente, as funções da Equipe de Referência requerem também a prática do relacionamento com a pessoa do Usuário, de um modo a criar vínculos, o que demanda o ouvir e prover de aceitação,

sem a prática de recomendações pastorais ou aconselhamento culpabilizante (Brasil, 2008).

Como resultado desse cuidado compartilhado e integral é formulado o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que se refere a um tratamento, mas não àquilo que estamos acostumados a entender com essa palavra, ou seja, não se reduz a "tomar remédio, fazer dieta", etc. e por isso o uso do termo **projeto**. Trata-se de uma proposta de maior alcance, na qual são examinados aspectos como: a) "o sentido [significado] da doença para o usuário" (BRASIL, 2008, p. 49); b) os aspectos singulares do sujeito, tais como "[...] os medos, as raivas, as manias, temperamento [e traços de personalidade], aspectos referentes ao sono e a sonhos" (BRASIL, 2008, p. 50); c) os aspectos de "[...] negação da doença, [...] capacidade de autonomia, [...] ganhos secundários com a doença [...]" (BRASIL, 2008, p. 50); d) os projetos pessoais e desejos ainda por realizar, que sempre atuam como poderosos motivadores para se continuar vivendo; e) as atividades de lazer que ainda são possíveis e que continuam (ou não) sendo praticadas; f) as questões relativas à inserção social: "relativas às condições de sobrevivência, [como] moradia, alimentação, saneamento, renda, etc. ou [...] em instituições poderosas como religião, tráfico, trabalho" (BRASIL, 2008, p. 52). Esta abordagem "ampliada" permite a elaboração de uma proposta de PTS que deve ser desenvolvida em negociação com o sujeito envolvido, sendo recomendado para que essa negociação seja conduzida por aquele membro da equipe "que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo" (BRASIL, 2008, p. 53).

Um bom exemplo de como a humanização, na sua perspectiva do acolhimento, da criação de vínculo e do cuidado, dá um colorido diferente às ações da Atenção Básica, está na descrição do caso da comunidade de Vila Pasa (BRASIL, 2010, p. 248-250), onde a equipe, lá instalada em 2004, ao fazer contato com a população observou que "40% dos casos que os usuários traziam à unidade não diziam respeito a nenhuma patologia específica, mas a uma necessidade de orientação, desabafo, suporte" (BRASIL, 2010, p. 248). Como a maior parte dos casos que buscavam a unidade se referia a saúde mental, a UBS fez crescer sua equipe, com Assistentes Sociais e Psicólogos. Em 2006 teve início o projeto 'Rodas de Conversa em Saúde', definidas como "[...] espaços de escuta ao usuário, de acolhimento e estabelecimento de vínculos" (BRASIL, 2010, p. 248) que acontecia uma vez por



semana, a maior parte das vezes em centros comunitários, mas também na residência de participantes. Nesses encontros havia conversas e outras atividades, como artesanato e cantoria. Os encontros permitiram que as histórias de vida fossem conhecidas, o que facilitou a abordagem e o encaminhamento de muitos casos. "Os resultados do trabalho já podem ser sentidos: melhora da autoestima, autonomia dos usuários envolvidos e difusão de práticas saudáveis são alguns dos produtos das rodas" (BRASIL, 2010, p. 249). Os encontros permitiram a redução do fluxo de usuários nas UBS do município e também foi constatada a redução no consumo de medicamentos (BRASIL, 2010). Outro relato interessante é o de Cardoso Jr. (2014) sobre uma experiência com o método da roda ocorrida em Sobral (CE). O relato demonstra como esta experiência ressalta os aspectos da humanização e do vínculo, tendo como resultado o fortalecimento do coletivo e a aprendizagem, incentivando a capacidade de cogestão dos envolvidos:

O método da roda nos permite construir um gerenciamento participativo, democrático, considerando o ser humano como criativo e capaz de aprimorar e modificar seus processos produtivos. Entende-se por um espaço de humanização, alegria, vínculo, visando fortalecer o coletivo, pois precisamos aprender a ser gente pra lidar com gente (CARDOSO JÚNIOR, 2014).

## 2.4 A PSICOLOGIA NO SUS

Conforme Spink e Matta (2010, p. 42), falando sobre a inserção da psicologia no SUS, "a Psicologia contribui retomando na saúde a problemática do sujeito". Sob um viés de saúde coletiva, tal como observado por Birman (1991) e pelos próprios autores, a psicologia e a saúde coletiva apresentam ampla possibilidade de interlocução (SPINK; MATTA, 2010). Além disso, observando a saúde coletiva como um *campo de práticas* cuja principal característica é a multidisciplinaridade, entende que esta "deve pautar-se, também, por conceitos como a promoção à saúde e qualidade de vida [...] espaços de sociabilidade que algumas vertentes da Psicologia transitam há muito tempo" (SPINK; MATTA, 2010, p. 42-43). Examinando os desafios a uma prática psicológica dentro do SUS, Spink e Matta (2010) observam que um deles se refere à noção de indivíduo: chamam a atenção para o fato de que, historicamente, os psicólogos fizeram seu trabalho em espaços privados, dentro de uma atuação que lembra o modelo médico. O SUS exige uma nova abordagem, na

qual o foco seja colocado em como um psicólogo, atuando numa equipe multidisciplinar, pode contribuir para que a equipe enfrente, junto com a coletividade, os DSS mais relevantes daquele espaço social. Essa é a questão; mas, como os autores relatam "Não é incomum encontrarmos psicólogos em atividades prioritariamente ambulatoriais, em hospitais e unidades de atenção básica" (SPINK; MATTA, 2010, p. 45). Outro desafio identificado pela autora é o de "instituir um diálogo profícuo entre a Saúde Mental e a Saúde Pública, e não mais tratá-los como 'universos paralelos'" (VASCONCELOS apud SPINK; MATTA, 2010, p. 46). Lembram que o conceito de integralidade tem justamente esta intenção, "articulando ações de prevenção e ações curativas, antes separadas política e administrativamente [...]" (SPINK; MATTA, 2010, p. 46).

Dimenstein (2001), em pesquisa conduzida em Natal e Teresina com um total de 14 profissionais psicólogos, obteve relatos de que "Ingressaram no serviço público de saúde pela inexistência de opções no mercado de trabalho local" (DIMENSTEIN, 2001, p. 60); trabalham em média 30h por semana em Teresina e 40h em Natal, sendo que os de Teresina relataram exercer mais de uma atividade remunerada em outras secretarias públicas (DIMENSTEIN, 2001, p. 60).

Andrade (2007) apresenta uma pesquisa realizada entre 2004-2005 nas UBS do município de Vitória, tendo como objetivo examinar o quanto a prática do profissional psicólogo estava coerente ao modelo proposto pelo SUS. A autora relata que "Estudos sobre a inserção do psicólogo no SUS têm apontado para a reprodução da postura especialista, ressaltando a inadequação da formação/conteúdos disciplinares para atuação nessa realidade" (ANDRADE, 2007, p.35). Nos resultados dessa pesquisa, as principais observações registradas foram que apesar de haver diretrizes definidas pela gestão local, nem todos os profissionais orientavam suas práticas por estas diretrizes. Destaca, ainda que, dos 14 psicólogos entrevistados, apenas dois procuravam implementar práticas mais inovadoras e pautadas nas diretrizes da saúde coletiva, alcançando tal objetivo com relativo sucesso, segundo a autora; os outros adotavam uma postura de reagir ao novo paradigma com indiferença e falta de compromisso. Andrade (2007) observa que com relação aos trabalhos realizados com grupos, em geral estes **não** estavam em acordo com as recomendações do SUS, pois que em sua maioria ou se voltavam a realizar alguma forma de triagem de usuários que precisariam ser atendidos, sendo grupos de

prevenção ou tratamento, ou eram ainda grupos de risco (ou seja, formados por pessoas com questões categorizadas, como grávidas ou hipertensos, em que o foco estava colocado mais na prevenção de sintomas ou de agravamento do quadro que nas possibilidades da pessoa). A única atividade de grupo encontrada que parecia atender a proposta do SUS foi aquela em que os grupos eram propostos e entendidos como espaços de trocas, em que participam pessoas sem uma pré-definição de problemas ou objetivos (ANDRADE, 2007). Os relatos colhidos pela autora apontam numa escolha pelos atendimentos individuais tanto por parte dos usuários como também pelos próprios psicólogos que, assim, reforçavam esta demanda, apesar de ao mesmo tempo dizerem que era grande o número de abandonos de tratamento. Tal atitude da população era considerada como descompromisso, sem que se realizasse maior reflexão sobre outros possíveis sentidos (ANDRADE, 2007). Essa atitude lembra as reflexões de Bezerra Jr. (2000) sobre o que ele chamou de "ilusão de universalidade", como se o homem pudesse ser percebido em seu psiquismo como um ser genérico, universal, típico, ainda que essa generalização ficasse restrita a uma determinada categoria, classe social ou espaço cultural, de tal modo que "todos os indivíduos [daquela categoria] se emocionassem, se afligissem e reagissem a esses sentimentos da mesma maneira em todo lugar [...]" (BEZERRA JR., 2000, p. 140). O autor chama a atenção para o quão distante estão, de um modo geral, as expectativas do usuário e do terapeuta quanto ao tratamento e, enquanto o segundo pode ter uma noção ampla e complexa sobre as "necessidades" daquele usuário, este pode estar interessado apenas em "obter [...] a extirpação dos sintomas e a retomada da capacidade de trabalhar" (BEZERRA JR., 2000, p. 140). As principais dificuldades que os psicólogos mencionaram na pesquisa realizada por Andrade (2007) foram ligadas a críticas sobre o funcionamento geral do serviço tais como aspectos burocráticos/administrativos; desmandos dos gestores; rotatividade de profissionais devido a contratações temporárias; excesso de demanda para o profissional psicólogo, e inexistência do trabalho em equipe, em especial com profissionais da classe médica.

Iglesias e outros (2009) em pesquisa sobre ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos, desenvolvida nos municípios de Vitória (ES) e Serra (ES), observam que "[...] grande parte das ações citadas como de promoção à saúde, realizadas nas

UBS, são programas do Ministério da Saúde (MS) com caráter preventivo e de controle de doenças [...] (IGLESIAS et al., 2009, p. 118). Mesmo considerando que igual importância deve ser atribuída às questões de prevenção de doenças e de promoção à saúde, observam que os relatos indicam uma compreensão equivocada quanto ao significado pretendido para o SUS para "promoção à saúde", que estaria sendo confundido com "prevenção de doenças". As autoras inferiram dos relatos que se tratam de ações [...] dirigidas à transformação dos comportamentos, com enfoque nos seus estilos de vida [...] (IGLESIAS et al., 2009, p. 118), o que não se confundem com ações de promoção de saúde porque, de fato acabam "mantendo o foco na doença [...] apostando na mudança de comportamento individual e na eliminação de hábitos tidos como de risco" (IGLESIAS et al., 2009, p. 118). Com relação às dificuldades para a atuação, as que apareceram com maior frequência foram "a inadequação do espaço físico [...] e a pouca adesão dos usuários" (IGLESIAS et al., 2009, p. 119). Quanto aos psicólogos que realmente estão engajados em serviços de promoção de saúde, a maioria relatou que estabelece parcerias com outros profissionais e que as consideram relevantes e necessárias para a realização do trabalho: "Geralmente, estabelecem parcerias com os assistentes sociais ou com a equipe multiprofissional, incluindo enfermeiras e agentes comunitários" (IGLESIAS et al. 2009, p. 120). As ações mencionadas como de promoção à saúde, em sua maior parte, "tem o formato de grupo de discussão e/ou oficina. [...] [nas quais os usuários] podem trocar experiências, discutir sobre vários assuntos, mesmo que estes não estejam diretamente ligados às doenças" (IGLESIAS et al., 2009, p. 121). Esses profissionais relataram acreditar que essas atividades são capazes de provocar nos usuários um novo modo de ver a si mesmo e de se relacionar com a vida. (IGLESIAS et al., 2009). Com relação à dificuldades,

[...] mencionam dificuldades estruturais para a realização das atividades, tais como espaço físico insuficiente e falta de materiais para realização das oficinas. [...] Consideram que a atuação da Psicologia em promoção à saúde é relativamente recente e, por isso, às vezes encontram dificuldades de entendimento e valorização dessas atividades por parte dos demais profissionais da unidade [de saúde]. Referem também que são muito solicitados por uma grande demanda para o atendimento dos casos de transtorno mental grave, considerados pelos demais profissionais da unidade como "casos para psicólogos". Também mencionam que os usuários, muitas vezes, procuram soluções rápidas, acostumados que foram a essas práticas. [...]

Outro problema relatado por alguns psicólogos refere-se à dificuldade de trabalhar em ações coletivas. Essa dificuldade se refere não só ao formato da ação e à sua atuação, mas também às dificuldades na adesão dos

usuários às ações promovidas, já que muitas vezes procuram pela consulta individual, repetindo o modelo biomédico. (IGLESIAS et. al, 2009, p. 122)

Carvalho, Bosi e Freire (2009), trabalhando com uma amostra obtida na rede pública de Fortaleza (CE) descrevem que o psicólogo se depara com um contexto que, historicamente é assistencial e muito influenciado por questões de natureza política, o que atua em sentido oposto àquele pretendido na constituição do SUS. Relatam, quanto à inserção, o impacto da realidade do serviço público, a precariedade das condições de trabalho, a grande demanda por serviços, a insatisfação do usuário e os conflitos internos das equipes. Quanto à prática, observam dificuldades com a predominância do modelo médico, ainda muito acentuado, de intervenção tecnicista tanto na prática individual como em grupo; observaram ainda a insuficiência da formação acadêmica para muitos dos problemas e necessidades trazidos pelos usuários.

Nepomuceno e Brandão (2011) em pesquisa com sete psicólogos, de quatro cidades brasileiras, sobre a inserção da Psicologia na ESF, relatam como desafios colocados à psicologia no SUS a necessidade

[...] da discussão teórica e exercício prático em processos de trabalho interdisciplinar, [...] ampliação e renovação das práticas clínicas [...] desenvolvimento da psicologia comunitária e dos trabalhos com grupos [...] (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p. 767-768).

Quanto ao papel da psicologia no SUS, relataram

a busca por um tipo de Psicologia capaz de contribuir para uma visão ampliadora sobre as demandas trazidas pelos usuários, considerando os contextos de inserção sociocultural dos indivíduos e dos coletivos, bem como os vários fatores que interagem no processo saúde-doença-cuidado (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p. 768).

Referindo-se à ESF, observaram que para os psicólogos esta

“é percebida como uma política relevante para a concretização das mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, vista como um caminho possível para a efetivação do SUS. Alguns elementos constituintes e operacionais foram destacados como diferenciais importantes das ações da ESF; são eles: a adstrição de clientela, que demarca a população a ser atendida, a territorialização, que estrutura as ações a partir da base territorial-comunitária e o trabalho em equipe multiprofissional, que possibilita o compartilhamento de saberes e práticas e a busca ativa dos serviços na resolução de problemas recorrentes” (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p. 769)

Por fim, os autores relatam que quanto ao papel da Psicologia na ESF

A experiência vivida revela a dificuldade de construir um fazer eficiente e resolutivo quando os territórios de abrangência se tornam maiores que quatro equipes mínimas de ESF – o que representa um profissional

psicólogo para no máximo 4000 famílias (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p. 772).

Archanjo e Schraiber (2012), trabalhando com uma amostra de profissionais psicólogos com longo tempo de serviço público (todos com mais de 10 anos), observaram no trabalho do dia a dia destes a constante tensão entre o curativo e o preventivo; a demanda de doença muito maior que a demanda de saúde; demandas da gestão com exigências e pressão por metas de produtividade; a continuidade daquela psicologia de consultório com pouca participação em equipe multidisciplinar mesmo em ações externas de visitas domiciliares e atividades comunitárias. Finalmente também levantaram que há expectativa de outros funcionários e da gerência sobre a atuação do psicólogo voltada diretamente para prática de realização de consultas do tipo consulta médico, com atendimento rápido e com a solução do problema ao final.

Souza e outros (2012). examinando como tem sido lidar com a saúde mental dentro da ESF, observou que, diante dos resultados compilados, pode-se supor que

embora a ESF traga inovações em termos de estrutura e processo de trabalho, ela ainda não foi capaz de tocar no centro dos fatores que transformariam a atenção em saúde mental, tais como a maior e melhor disponibilidade de profissionais e de recursos, a estruturação de fluxos próprios para a saúde mental, a escuta psicossocial, o acolhimento da alteridade e o trabalho integrado em rede. Outros estudos apoiaram a hipótese de que a ESF ainda não contemplou esses fatores de forma consistente. (SOUZA et al. 2012, p. 1025)

Os autores recomendam que "o fluxo interno da ESF preveja um caminho específico para as questões de saúde mental [...], evitando que elas se diluam no conjunto das muitas outras atividades da Unidade" (SOUZA et al., 2012, p. 1025).

Bergamin (2010), tendo trabalho no mesmo campo da presente pesquisa, ou seja, o município de Cariacica (ES), e com a população de psicólogos engajados nos vários programas da Secretaria Municipal de Saúde, selecionou dados obtidos junto a sete de doze psicólogos e pôde observar que, quanto ao conceito de saúde, quatro deles escolheram definir saúde como "a presença de bem-estar físico, psíquico e emocional" e três preferiram não responder; cinco disseram que "é mais do que ausência de doenças" e quatro reconheceram que "é difícil definir saúde" (BERGAMIN, 2010, p. 121). Quanto a medicalização, dois deles, que trabalhavam no Programa de Saúde da Criança, relataram que seus pacientes raramente

chegam medicalizados; um que trabalhava com grupos de hipertensos e quatro que trabalhavam com pessoas portadoras de transtornos mentais graves relataram que seus pacientes sempre chegavam medicalizados, que havia dependência de benzodiazepínicos e que, comumente, seus pacientes marcavam consultas e iam à unidade "objetivando conseguir remédios" (BERGAMIN, 2010, p. 126). Quanto às múltiplas queixas apresentadas, as mais frequentes, relatadas por cinco profissionais foram "transtornos mentais e violência". Todavia, quatro relataram "problemas de relacionamento" (BERGAMIN, 2010, p. 131) como as queixas que mais recebem. Quanto a trabalhos e contatos realizados fora do espaço da Unidade de Saúde, todos os sete sujeitos daquela pesquisa relataram que "não há [outro] trabalho ou contato externo" e quatro deles alegaram "falta de tempo e excesso de usuários para atender" (BERGAMIN, 2010, p. 133). Bergamin (2010) questionou, ainda, se os psicólogos conheciam o território onde atuavam e apenas um deles relatou conhecer enquanto seis relataram "não conhecer"; três disseram entendem que conhecer ou não conhecer a história dos bairros "não modifica o trabalho" e quatro não souberam avaliar (BERGAMIN, 2010, p. 135). Quanto à forma de atendimento, os sete relataram que "têm como principal ou única forma de trabalho o atendimento individual" (BERGAMIN, 2010, p. 142). Referindo-se ao relacionamento com outros profissionais da UBS, um profissional relatou que "possui bom relacionamento com os médicos, que o auxiliam sempre que necessário; o mesmo vale para enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais", os outros seis disseram "não ter relacionamento com médicos [...] [mas] com bom relacionamento enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais"; todos relataram "não conhecer os psicólogos que trabalhavam em outras unidades de saúde da prefeitura" e um admitiu não conhecer um outro psicólogo que trabalhava em sua própria UBS (BERGAMIN, 2010, p. 159).





### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DELINEAMENTO E PLANO GERAL**

Este Trabalho do Conclusão de Curso foi desenvolvido com o objetivo de descrever a inserção e atuação dos psicólogos nos serviços de Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Cariacica (ES), a partir da realização de uma pesquisa de campo na qual os profissionais responderam uma entrevista semiestruturada, em seu próprio local de trabalho. Os dados coletados foram submetidos a análise temática, uma das variantes da análise de conteúdo (BARDIN, 2000) e, a partir de temas escolhidos no processo de planejamento da pesquisa, foram observadas e relatadas as categorias que emergiram dos discursos.

#### **3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa desenvolvida teve abordagem qualitativa. Quanto aos fins, foi uma pesquisa exploratória; segundo Gil (2007,p. 43), as pesquisas exploratórias envolvem, habitualmente, "[...] levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso" e são desenvolvidas "com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato". Quanto aos meios foi delineada como um estudo de campo, que, conforme Gil (2007, p. 72), "[...] procuram mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis" além de procurar concentrar-se em "um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social" (GIL, 2007, p. 72).

#### **3.3 ÁREA, POPULAÇÃO-ALVO E PLANO DE AMOSTRAGEM**

A pesquisa foi desenvolvida em Cariacica/ES, com aqueles psicólogos que atuam nos serviços da atenção básica do município. Trata-se de profissionais que estão vivenciando um recente processo de reorganização de sua atuação, tendo deixado o trabalho em Programas e passado a atuar por Territórios. A pesquisa considerou

inicialmente como sujeitos os 15 psicólogos que atuam "na ponta"<sup>2</sup>, alcançados pela reorganização na forma de atuação e que passariam a atuar em Unidades de Saúde das 12 regiões de saúde de Cariacica. Desses, foram entrevistados 10 profissionais; porém, mais tarde ficou claro que três deles continuariam a atuar unicamente em Programas (dois no Programa de Tabagismo e um no Programa DST/AIDS). Assim, considerando o objeto e os objetivos desta pesquisa, esses três profissionais foram excluídos das análises. Então, das 10 entrevistas efetivamente realizadas foram utilizadas 7, alcançando 6 das 12 regiões de saúde. Sobre essas foi conduzido o estudo e a elaboração das conclusões.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada utilizando uma entrevista semiestruturada (ver Apêndice A). Buscou informações que permitissem entender e analisar a integração e atuação atual dos psicólogos na atenção básica de Cariacica e relacioná-las com as orientações e diretrizes propostos pelo SUS. Os profissionais foram entrevistados em seu local de trabalho, com exceção de 2 que faziam parte de uma equipe móvel e que foram entrevistados na sede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). As entrevistas foram gravadas, transcritas e armazenadas em meio magnético, estando a disposição dos interessados. Nelas foram seguidas e respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do CONEP, órgão do Conselho Nacional de Saúde, estabelecidas na Resolução 196/96 de 10/10/1996, entre as quais as garantias de participação livre e esclarecida, de anonimato e de sigilo quanto ao uso das informações prestadas. O texto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado pode ser visto no Apêndice B. Todos os participantes leram, preencheram seus dados pessoais e assinaram de próprio punho a folha final do Termo, rubricando as outras folhas. O texto das entrevistas, quando citado, faz referência a "Entrevistado X", sendo x uma letra desde A até K que **não** se refere à ordem em que a entrevista aconteceu, mas a uma ordem aleatória atribuída por sorteio depois da transcrição. Foi também entrevistado o atual Coordenador dos Programas Especiais do município, gestor da recente reorganização dos serviços de saúde; sua fala é a única identificada - com

---

<sup>2</sup> "na ponta": expressão usada correntemente no SUS para denominar os profissionais que trabalham diretamente nos serviços de saúde, em contato direto com a população.

autorização do mesmo - e pode ser reconhecida nas citações como referentes ao "Gestor". Há ainda outra consideração importante: nas falas dos Entrevistados, é frequente que seja feita referência à "gestão", "problemas de gestão", "falhas da gestão", "gestor", "atuação do gestor". Quando grafado assim, em minúsculas, a fala **não** é dirigida à pessoa do Gestor atual, que está no papel de coordenador de todo o grupo há poucas semanas, mas sim à função em si, independente das pessoas que a ocuparam, sendo que a referência à 'gestão' pode se relacionar tanto a um gestor direto como no caso do gestor de programas especiais, como a um gerente, ao secretário de saúde ou mesmo ao prefeito. Como a análise da gestão não era o foco da investigação, não foi buscada a definição específica de a que 'gestor' cada entrevistado se referia.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas, uma vez transcritas, foram analisadas por meio de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2000), segundo o procedimento que Minayo (2014) denomina de Análise Temática. Segundo Minayo (2014)

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações, e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo. (MINAYO, 2014, p. 315)

Bardin (2000, p. 105) acrescenta que o tema é "a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura". Unrug (apud BARDIN, 2000, p. 15) observa que

a validade [de uma unidade de significação] não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições)

Assim, proceder a uma análise temática a partir de um texto obtido da fala de alguém é uma busca pelos **núcleos de sentido** que fizeram parte daquela comunicação (BARDIN, 2000, p. 105). Embora, seja comum que os núcleos de sentido sejam arranjados de modo a permitir uma análise quantitativa por meio do registro de sua frequência, neste trabalho esta característica não foi operacionalizada, uma vez que não está sob análise "o caráter do discurso" (MINAYO, 2014, p. 316), mas aquilo que Minayo (2014) chama de análise de significados, "estruturas de relevância, valores de referência e modelos de

comportamento presentes ou subjacentes ao discurso" (MINAYO, 2014, p. 316), onde uma única referência a um núcleo de significado, seja por causa de um entendimento diferenciado da situação (a fala de um profissional da ponta que já esteve num cargo de gerência, por exemplo) ou pela possibilidade de uma reflexão mais demorada e madura (a fala de um profissional com muitos anos de prática, por exemplo) foi considerada informação relevante para ser incorporada aos resultados. Sendo assim, nenhuma análise quantitativa foi acrescentada ao processo de análise e seleção qualitativa dos conteúdos das entrevistas.

Bardin (2000) orienta que o processo de desenvolvimento de uma análise de conteúdo passa por três etapas: preanálise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações. Na preanálise busca-se "sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas" (BARDIN, 2000, p. 95). Conforme Bardin (2000, p. 101), uma vez vencida a etapa da preanálise, o passo seguinte é a exploração do material, quando são buscados os núcleos temáticos por meio daquilo que a autora chama de operações de codificação. Segundo Holsti (apud BARDIN, 2000, p. 103-104),

A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades [...] que permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

No caso de uma análise qualitativa e categorial, Minayo (2014, p. 317) lembra que "a exploração do material consiste essencialmente numa exploração classificatória que visa alcançar o núcleo da compreensão do texto" e assim o trabalho do investigador é a busca por "categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado". A autora deixa a cargo do pesquisador realizar a classificação e agregação dos dados, "escolhendo categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas" (MINAYO, 2014, p. 318).

Chega-se assim à terceira etapa, o tratamento dos resultados e interpretações. Minayo (2014, p. 318) observa que "os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples [...] ou complexas [...]", porém, como justificado antes, nesta pesquisa foi trabalhado apenas o aspecto qualitativo visando alcançar as significações em lugar de inferências advindas da análise estatística. Minayo (2014, p. 318) reconhece a validade deste procedimento:

Como técnica ela [a análise temática] transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Porém há variantes desse tipo de

abordagem que trabalham com significados em lugar de investir em inferências estatísticas.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta pesquisa foi desenvolvida em Cariacica (ES), um dos municípios que compõem o aglomerado urbano da Grande Vitória. Cariacica tem uma área de 279.859 km<sup>2</sup>; apresentava em 2010, por ocasião do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 348.738 habitantes, sendo sua população estimada para 2014, 378.915 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014). Dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, IDHM (BRASIL, 2014d), colocam o município na 19<sup>a</sup> posição dentro do estado, com um índice de 0,718, considerado alto (desde 0,700 a 0,799). Os dois mais altos índices no estado são de Vitória e Vila Velha, respectivamente 0,845 e 0,800, considerados muito alto (desde 0,800 a 1,000). Os dois outros municípios que compõem a Grande Vitória, Serra e Viana apresentam, respectivamente, 0,739 (7<sup>a</sup> posição) e 0,686 (38<sup>a</sup> posição).

De acordo com a base de dados do Portal da Saúde (BRASIL, 2014e), atualizado com dados até Agosto de 2014, existem 202 Agentes Comunitários de Saúde, com 15 equipes de Saúde da Família cobrindo uma população estimada de 51,7 mil habitantes, o que leva a 14,7% de cobertura.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Cariacica contava com profissionais de diferentes categorias atuando nos serviços da atenção básica, sendo distribuídos em diversos programas de atenção: Programa de Saúde do Adolescente, Programa de Saúde da Criança, Programa de Saúde Mental, Programa DST/AIDS e Programa de Tabagismo. Estes programas eram localizados em algumas das Unidades de Saúde do município, porém oferecendo suas ações a toda população incluída nas temáticas específicas de cada um. Em meados de 2014 teve início uma reorganização da distribuição e atuação destes profissionais, iniciando-se um processo, atualmente em curso, que tem o objetivo manter a oferta de ações em todas as áreas dos programas e a toda a população, porém mudando a forma como estas ações vêm sendo prestadas e como os profissionais vêm sendo distribuídos:

Entendemos a necessidade da reorganização e reorientação do modelo assistencial em saúde do município de Cariacica com objetivo de potencializar a atenção básica em saúde e resgatar o caráter coletivo deste processo. Neste sentido, vislumbra-se uma nova realidade para os municípios tomando com base os Princípios Doutrinários e as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta nova configuração o atendimento ambulatorial da rede assistencial do município de Cariacica ES, terá uma ampliação do número de equipes passando a operar de forma regionalizada. Com relação à ampliação das equipes, fazem-se necessárias algumas realocações de profissionais bem como a contratação de um quantitativo para materialização das equipes mínimas que serão alocadas em Unidades de Saúde estratégicas do município, visando uma maior capilarização das ações além do aumento das possibilidades interventivas e da vazão de nossa demanda reprimida (CARIACICA, 2014, p. 2-3).

Coerente com as diretrizes do SUS e da atenção básica, a proposta é de que a oferta de serviços seja distribuída pelos territórios, a partir das Unidades Básicas de Saúde, facilitando o acesso da população às mesmas ações que já eram oferecidas pela via dos Programas. A ideia é que desta forma as ações tenham maior alcance e que se consiga ampliar ações de promoção e prevenção oferecidas. Esta mudança está em curso na rede de atenção básica do município, tendo sido iniciada muito recentemente. O processo envolve várias categorias profissionais, entre elas psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, entre outros, sendo que a análise desta pesquisa se deu apenas com a categoria dos psicólogos.

O município conta hoje com 15 profissionais psicólogos atuando "na ponta", a maioria já na atenção básica, vindos dos vários Programas oferecidos, que aconteciam em diferentes Unidades Básicas de Saúde. Até o momento anterior à reorganização atualmente em curso, a distribuição dos psicólogos do município seguia o que é apresentado no Quadro 1, abaixo:

Quadro 1 - Distribuição dos psicólogos nos Programas

Programa	Unidades	Qtde
Saúde Mental	Bela Aurora	2
	Cariacica-Sede	2
	Jardim América	2
Saúde da Criança	Santa Fé	1
	Bom Pastor	1
	Sotelândia	1
	Mucuri	1
Saúde do Adolescente	Santa Bárbara	1
	Itaquari	1
Saúde do Idoso	Jardim AMérica	1
Tabagismo	Jardim América	2
DST/AIDS	Centro de Referência	1
<b>TOTAL</b>		<b>16</b>

Fonte: Cariacica, 2014.

Do ponto de vista do serviço oferecido pelos psicólogos dentro dos programas, observava-se como característica mais acentuada a falta de ações de prevenção e proteção; as principais ações estavam direcionadas com a recuperação da saúde,



contrariando uma visão proposta desde Alma-Ata (ONU, 1978), passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e por toda legislação posterior que apoiou e estruturou o SUS e, de modo especial, os Serviços de Atenção Básica. A forma de atuação dos psicólogos nos programas estava pautada basicamente em atendimentos individuais e, considerando a hierarquização do SUS, se aproximava mais da lógica da atenção secundária, também conhecida como média complexidade.

Devido a esta situação, conforme nos relata o Gestor da mudança (daqui para frente referenciado apenas como Gestor), era necessário reconfigurar o atendimento de modo a permitir uma atuação mais territorial e a prestação de um serviço mais pautado nas diretrizes da Atenção Básica:

é o que a gente pretende a todo tempo no nosso discurso: uma rede, em que [...] o usuário, quando buscar esse atendimento, seja assistido não só na unidade de saúde, mas no que compete esse território (GESTOR).

Conforme a legislação, os serviços básicos são a porta de entrada do sistema de saúde e devem estar nas Regiões de Saúde, o território de abrangência da população atendida, um espaço contínuo e dinâmico, integrado por transporte, percebido com uma certa identidade a partir de suas características culturais, econômicas e sociais; a Rede de Atenção à Saúde e a Região de Saúde são pensadas como uma articulação de serviços de saúde, que têm como finalidade possibilitar a integralidade da atenção

O Gestor reconhece que "O fato em si dos Programas não impedia, embora dificultasse essa rede", referindo-se à constituição da atenção em rede, menos fragmentada. Relata que seu objetivo foi mover a saúde do município em direção a uma oferta mais territorializada, que facilitasse a movimentação do usuário, bem como a integração com os outros agentes que acabam implicados, atravessando os serviços de saúde, como as escolas, o conselho tutelar, e as próprias ações dos profissionais da região de fazer visitas domiciliares. Dá exemplo de como esta mudança pode favorecer uma família que, antes, fizesse uso de três programas: uma pessoa que tivesse que levar uma criança com problemas na escola a um atendimento do Saúde da Criança, um idoso ao Saúde do Idoso e ela mesma fizesse uso do Saúde da Mulher.

Na verdade, o que acontece com uma rede na lógica de programas [...] imagine que nós estamos no extremo do município, e sou encaminhado e o programa que me atende, está do outro lado do município... E quando eu

falo do outro lado, é questão de três ônibus, não é do outro lado da rua [...] (GESTOR)

Do mesmo modo, observa o quanto o novo desenho pode favorecer a realização de um estudo de caso, por exemplo, o que é visado tanto na atenção básica tradicional como , mais ainda, na ESF e nas diretrizes da PNH, além de possibilitar a intersetorialidade, quando profissionais trocam informações e experiências, discutem o caso em estudo com outros, oferecem referenciamento, pedem ajuda técnica.

Se você tomar pra estudo um caso do CRAS como aquela equipe que atende não só no meu bairro, mas em vários bairros, teria um psicólogo para vir aqui no bairro em que moro para estar discutindo o meu caso com algum outro profissional de saúde ou da escola? Quando você tem isso [os profissionais das equipes] dentro do território, eles se encontram na praça... Os técnicos se encontram no dia a dia, então assim, existia a possibilidade de ter rede? Existia, mas o fato dela ser efetiva e realmente atender as necessidades, eram mínimas, a possibilidade de acontecer eram mínimas, em função dessas questões (GESTOR)

Embora não tenha sido explicitamente citado, esta aproximação favorece também a longitudinalidade, um conceito citado em Starfield (2002), onde é tratado como uma característica que distingue a Atenção Primária dos outros níveis de atenção: A longitudinalidade está associada com "duração de tempo", como um acompanhamento de saúde que se realiza ao longo do tempo, e que não está necessariamente associado a alguma doença, mas a uma espécie de continuidade de relação com a pessoa.

Numa fala posterior o Gestor observou que a reorganização pretende também alcançar redução de custos totais com o sistema. A família que era usuária de vários programas tinha seus custos de deslocamento - que ou era bancado pela própria família ou pelo vale social disponibilizado pela prefeitura; os profissionais das várias unidades tinham dificuldades de sincronizar com todos os outros envolvidos a agenda para a realização de uma visita domiciliar:

[...] até uma visita domiciliar na lógica anterior ela ficaria muito comprometida: [...] saía uma equipe da unidade de referencia de psiquiatria medica vai pegar um técnico lá da regional [...] pegar o psicólogo e o assistente social lá da região dele [...] e já aconteceu casos de se chegar lá e o paciente não estar em casa" (GESTOR).

Observa ainda que com a nova forma da prestação do serviço, "os Programas não deixam de existir: eles são políticas e eu não elimino políticas; pode alterar a forma de execução, mas a política tem que existir" (GESTOR). Observa que há um grupo de profissionais na SEMUS que são as **referências técnicas** de cada programa, cujo papel passa a ser "debruçar-se sobre a política, pensar em estratégia, pensar

em gestão de processos, replicar isso com os técnicos da ponta" (GESTOR). No Quadro 2 pode-se observar as novas regiões e os recursos ali alocados para o atendimento psicossocial e de fonoaudiologia:

Quadro 2: Reorganização Psicossocial e Fonoaudiologia em 12 Regiões de Saúde

Região	Unidade de Saúde	População Assistida	Psicólogo	Assistente Social	Auxiliar Administrativo	Fonoaudiólogo
R01-R13	UBS Porto de Santana	47.652	2	2	2	1
R03	UBS Oriente	32.965	1	1		1
R04	UBS Santa Fé	51.772	2	2	1	1
R05	UBS Itaqui	16.839	1	1		1
R06-R07	USB Bela Aurora	68.318	2	2	1	1
R02-R08-R09	USB Cariacica Sede	66.521	2	2	1	1
R11	UBS Itapemirim	16.359	1	1		1
R12-R10	UBS Santa Bárbara	48.312	1	1		1
TOTAIS		348.738	12	12	5	8

Fonte: Cariacica, 2014

Indagado sobre as dificuldades, O Gestor observou a necessidade de mais técnicos: na ponta "precisaria de mais 6 psicólogos, o que completaria todas as equipes" (GESTOR); infraestrutura de serviço e da rede de atenção psicossocial: "nós não temos CAPS próprio, nem AD nem CAPS Transtorno... existe o desenho da rede, mas a situação econômica que o município atravessa..." (GESTOR). Refere-se, ainda, à falta de infraestrutura física: "existem serviços dentro da comunidade que são desenvolvidos no espaço físico de igrejas, escolas que estão na comunidade..." (GESTOR). Observando-se, há no centro dessas dificuldades a mesma questão: orçamento para a saúde; explorando-se um pouco mais, evidenciou-se que o município vive uma situação em que existe a parcela de verba federal, mas a contrapartida municipal não existe. Como apareceu numa das falas, "hoje se você chegar e falar: eu vou dar pra Cariacica um CAPS III, montado, é só botar para trabalhar [funcionar], nós não temos como fazer isso...", não existe nem mesmo o "recurso para a manutenção" do serviço.

Enfim, a presente pesquisa foi realizada dentro deste cenário em que está em curso, e no seu momento inicial, mudanças no formato e processos de trabalho. Os resultados a seguir serão apresentados a partir das categorias temáticas originadas

da análise das entrevistas realizadas, a saber: a Atenção Básica e o Psicólogo na Atenção Básica.

#### 4.1 SUS E ATENÇÃO BÁSICA: DESCONHECIDOS CONHECIDOS

Os profissionais psicólogos que atuam na Atenção Básica do município utilizam, no seu discurso, várias palavras que se referem ou se relacionam a conceitos importantes da Atenção Básica: região, território, porta de entrada, unidade de referência, ESF, complexidade, por exemplo. Embora estejam há somente alguns meses no contato direto com essa nova forma de oferecer o serviço de saúde, mostraram já um certo conhecimento e compromisso: "entendo a Atenção Básica na visão do SUS como uma saúde regionalizada, mais perto da população, a Unidade de Saúde como referência, preferencialmente com Estratégia de Saúde da Família" (ENTREVISTADO B); "é a porta de entrada do sistema como um todo, aonde deve ser feita a acolhida, [...], aonde deve ser triada ou observada a saúde de um modo geral" (ENTREVISTADO E); "A complexidade tá aqui quando você tem que dar conta de uma demanda [...] de pessoas que tem 'n' problemas, e você tem a menor prioridade do setor público pra [te apoiar nesse] dar conta"(ENTREVISTADO F).

Lembraram-se das características da humanização que deve sempre ser incorporada às ações, da necessidade da acolhida e do olhar de cuidado; pois no território e nas Unidades de saúde "[...] é aonde se estrutura [...] esse olhar mais de perto, mais humanizado, ouvir o usuário de um modo integral, não só no aspecto médico [...]" (ENTREVISTADO E).

Observaram que é o lugar que deve trazer para a coletividade o tema da promoção da saúde

considerando essa nova concepção de saúde, [...] de saúde como um todo, não restrito à questão biológica, [...] como qualidade de vida ligada mais a questões preventivas, protetivas da saúde, não médicas mesmo, não individualizante, essa concepção que deve embasar todas... (ENTREVISTADO E).

Houve ainda quem se lembrasse que o sistema de saúde é ainda um projeto em construção:

uma das principais mudanças é você sair do modelo curativo, do modelo biomédico, [...] pra um modelo de promoção de saúde, pra um modelo de

cuidado, pra um modelo que você consiga ter uma resolutividade, e consiga dar o cuidado que a pessoa precisa dentro das suas necessidades, [...] claro que isso não é uma coisa natural [...] isso é uma coisa construída (ENTREVISTADO F).

Os relatos referentes à Atenção Básica revelam que o entendimento dos princípios, diretrizes e orientações do SUS está acontecendo. Em sua fala, o Gestor comentou a necessidade de um permanente estado de capacitação, e referiu-se a "um fórum periódico que, antes era uma prática exclusiva da equipe de saúde mental e que agora se estende a todos" (GESTOR). Comentou também que, nas semanas que antecederam o início do funcionamento da nova configuração, os psicólogos se reuniram para conversar e estabelecer um melhor entendimento dos conceitos e dos novos processos de trabalho. De modo particular, o Gestor entende que este espaço de capacitação deve ser usado "por todos os técnicos para discutir processo de trabalho, alinhar discurso, criar estratégias, e até troca de experiências" (GESTOR).

Procurando elaborar uma discussão em torno do que foi encontrado no campo de estudo, pode-se ver que Bergamin (2010) observou, que os psicólogos de Cariacica que entrevistou **não** consideraram relevante conhecer a história dos bairros atendidos ou o território da Unidade de Saúde. Na leitura da autora, "conhecer a história" se refere a se prover de alguns fundamentos que facilitem "compreender" a formação das comunidades vizinhas, suas características e seus problemas. Como relata, uma ação de promoção de saúde que prescindir de "conhecer a história" de seus usuários está muito mais alinhada com o modelo biomédico - que vê as pessoas segundo uma certa uniformidade - que com o modelo pretendido pelo SUS (BERGAMIN, 2010).

O campo de estudo na data de hoje apresenta relatos que permitem uma certa expectativa positiva quanto ao entendimento, por parte dos profissionais psicólogos entrevistados, de que há uma nova concepção de saúde e um novo modo de atuação mais adequado para envolver a coletividade em ações que a promovam. Examinando junto aos profissionais psicólogos o tema da realidade do SUS e da Atenção Básica no município de Cariacica, estes, com o conhecimento que têm quanto ao que a sociedade espera do SUS, apresentam uma postura bastante crítica.

Assim, de início relataram vários aspectos que se referem a questões de estrutura (física, material, organizacional, e outras) e de gestão, sendo que, mesmo quando se referem à estrutura, parecem se referir à gestão. Pelos relatos há, de fato, muito ainda a ser feito. No entanto, houve quem percebesse o início de uma nova possibilidade para a Atenção Básica no município; houve ainda quem visse na situação atual do sistema de saúde municipal o reflexo da postura da sociedade que faz uso do sistema de saúde que, embora amparado por legislação federal que lhe favorece uma governança suficientemente participativa, ela, a legislação, não consegue fazer acontecer na realidade da vida das pessoas toda força estrutural e vitalidade que espera do sistema.

Inicialmente, os psicólogos pesquisados relatam um certo acomodamento com o que é preconizado pela legislação e a realidade que se apresenta aos usuários do sistema no município: "eu acho que o nosso maior entrave, a nossa maior dificuldade é essa diferença entre o que é preconizado e o que existe realmente no município, o que o município tem pra oferecer..." (ENTREVISTADO C);

talvez pudesse descrever a Saúde Pública hoje, como está lá no papel, como utopia, e aqui em Cariacica como a verdadeira realidade da Saúde Pública no Brasil, nada é levado a cabo até o final, nada tem investimentos suficientes... (ENTREVISTADO G);

"a gente está se inserindo numa atenção básica que não tem os PACS, as eSFs, que caracterizam a capilaridade do serviço... e a gente está se inserindo neste serviço sem ter um apoio estrutural secundário suficiente..." (ENTREVISTADO C).

Um dos entrevistados chega a avaliar que esse estado de coisas pode representar uma espécie de "desorganização construída" e que interessa ao setor privado,

porque quanto mais a pessoa fica doente, mais tem que gastar com ela, e o Estado vai gastar, e vai financiar o setor privado pra poder ele fazer isso [...] a maior parte do dinheiro de internação do Estado, é pra pagar internação particular (ENTREVISTADO F).

Tal como apresentado, este é um dos problemas citados também pelo Gestor e atribuído às dificuldades financeiras da Prefeitura. Tais dificuldades, quando exploradas pelos meios de comunicação social, são às vezes tratadas como um apelo à privatização: no fundo há o sentimento de que um funcionário do setor público seria menos produtivo que um equivalente do setor privado.

No Relatório Final da 8ª CNS está registado a deliberação de que a participação do setor privado no Sistema Público de Saúde deveria ser autorizada somente sob "o

caráter de serviço público 'concedido'" (BRASIL, 1986b) e "com o contrato regido sob as normas do Direito Público" (BRASIL, 1986b). A Constituição Federal de 1988 permitiu que o setor privado participasse do sistema público de forma complementar e, conforme seu Artigo 199, "dando preferência às entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos" (BRASIL, 2014a, p.14). Mesmo com todas essas reservas, tem-se visto cada vez mais, no Espírito Santo, a participação do setor privado no serviço público, por meio de terceirização inclusive de pessoal da área fim, ou seja, de técnicos de saúde, médicos, enfermeiros, etc., como foi o caso do Hospital Estadual Jayme Santos Neves. Este fato mostra que a preocupação do psicólogo entrevistado é pertinente, apontando ainda uma visão dos problemas do SUS para além do que acontece apenas em seu cotidiano.

#### 4.2 OS MISTÉRIOS DA "GESTÃO"

Os entrevistados observaram ainda aspectos diretamente dirigidos à gestão rotineira em si, a gestão do dia a dia; assim como aspectos mais voltados a certa expectativa ou necessidade de proximidade e parceria com a gestão maior. Os relatos sugerem uma completa ausência de ações de supervisão e monitoramento, embora não seja possível qualificar essa ausência como local ou mais ampla: "Eu acho que ainda acontece da gestão [...] contratar o servidor e colocar o servidor lá... ele trabalha se quiser, se esforça se quiser... se empenha se quiser, faz a carga horária se quiser" (ENTREVISTADO F).

Ainda que essa percepção possa estar restrita a poucos profissionais, outros relatos dão conta de aspectos bastante significativos da forma como funcionam as Unidades ou como agem alguns profissionais, o que acaba tendo efeitos na vida do usuário do SUS, que precisaria ter um atendimento mais atencioso e que às vezes é deixado sem informações e sem ajuda para conseguir o que necessita, ainda que a rede local tenha como atender sua necessidade. As falas apontam como falta de informação e também relacionam o comportamento dos servidores no sentido de não dar uma ajuda precisa e consistente para que o usuário possa, de fato, alcançar seu objetivo (seja o atendimento prioritário, a consulta, o exame, o medicamento, etc.). São relatos angustiantes, porque parecem indicar que o atendimento

prioritário, a consulta, o exame, o medicamento estão realmente disponíveis, mas não são efetivamente fornecidos ao usuário, seu destino final, porque este não foi informado de modo objetivo e preciso aonde deveria ir para obter o que precisava, ou não foi percebido em seu estado de urgência e prioridade:

Eu vejo como uma dificuldade prioritária, que a gente tem que fazer alguma coisa a respeito é quanto a informação...porque muitas vezes os serviços existem, mas as pessoas não sabem que existem, ou não sabem o que fazer para acessá-los... Então existem encaminhamentos truncados que acabam nessa situação... (ENTREVISTADO C)

Se você for olhar, [...] a rede de Cariacica tem 30 unidades, tem tantos médicos, tem essa estrutura A, B ou C, que não tá boa. Não tá, [...] porque não está organizado, porque não tem resolutividade, porque as pessoas percorrem Unidades de Saúde, Centro de Especialidades, hospitais, anos e anos, tentando resolver seu problema de saúde, e não conseguem [...] não tem uma organização pra você privilegiar aquele que tem mais necessidade (ENTREVISTADO F)

Cabe lembrar que a situação citada configura algo que remete ao princípio da equidade, que já está dado desde a Constituição de 1988. Trata-se de avaliar que fatores, então, fazem com que os serviços e seus profissionais não coloquem em prática tal princípio.

Este tipo de dificuldade, vivida no cotidiano do serviço, é algo que foi constatado pelo nível federal que instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) com objetivo, entre outros, de mobilizar mudanças na chamada micropolítica do trabalho em saúde, ou seja, exatamente em situações como esta citada em que não se trata de falta de recursos nem de algo que poderia ser resolvido por decretos ou leis. Trata-se, na verdade, de fazer mudar algo na forma como os profissionais exercem seu trabalho com o SUS e como estabelecem relações com os usuários. A PNH procurou deixar claro em seus primeiros documentos que reconhecia

a fragmentação que havia nos processos de trabalho, [...] [nas] relações entre os diferentes profissionais [e mesmo aquelas] da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência (BRASIL, 2004c, p. 11)

Azevedo (2010), analisando aspectos da PNH relacionados com a gestão do sistema, lembra que a Política Nacional de Humanização é uma estratégia voltada para permitir uma postura de protagonismo por parte de todos os atores do SUS e uma maior articulação entre gestão e atenção. É delineada também para explicitar os potenciais conflitos e dar-lhes a devida importância e discussão. Propõe (a PNH) o "método da tríplice inclusão" (AZEVEDO, 2010, p. 166),



Para que toda esta proposta seja possível de ser viabilizada a PNH se utiliza do método da **Tríplice Inclusão**: trabalhadores, gestores e usuários são atravessados pelos chamados analisadores sociais, que nada mais são do que os fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, ou seja, os tensionamentos/desconfortos produzidos a partir da inclusão de sujeitos e coletivos nos processos de trabalho. Acredita-se que a partir da análise coletiva dos acontecimentos, fatos e fenômenos seja possível obterem-se subsídios para uma melhor compreensão dos limites de um determinado modelo de atenção à saúde. É uma estratégia de interferência nos processos de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios. Trata-se então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. Nesse processo há uma versão social e uma versão subjetiva: a primeira refere-se à inclusão de coletivos a partir dos movimentos sociais, como por exemplo, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, enquanto a segunda relaciona-se aos movimentos que alteram a sensibilidade, a percepção e os afetos, o que significa a compreensão e a incorporação nas práticas profissionais da saúde, das diferenças culturais, religiosas, étnicas, de gênero, idade e classe social dos usuários em uma determinada comunidade (AZEVEDO, 2010, p. 79)

Embora as situações descritas acima sejam mesmo desafiadoras, talvez ainda não se tenha estimulado suficientemente o protagonismo e a tríplice inclusão pretendida e sugerida na Política Nacional de Humanização. Azevedo (2010) chama atenção para a importância da gestão democrática estimulada pela PNH e lembra que não deve haver "espaços limitados" (ou delimitados) porque isso tem uma importante consequência na prática. Defende que

Relações claras e de confiança com a gestão e com a equipe, com horizontalização, facilitam a circulação da palavra. Uma gestão democrática promove encontros produtivos mais facilmente do que uma hierárquica (AZEVEDO, 2010, p. 176).

O aspecto seguinte relatado pelos psicólogos entrevistados referiu-se à baixa cobertura de equipes de Saúde da Família e PACS existentes no município. Os profissionais parecem reconhecer a importância dessas equipes e aparentemente se surpreendem com sua baixa cobertura: "aqui em Cariacica eu vejo que a gente tem uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família bem longe da suficiente..." (ENTREVISTADO B);

Fazer parte da equipe como um profissional generalista, fazer parte da equipe da estratégia da saúde da família, mas se não existe nem essa estrutura de saúde da família no município, aonde que a gente se localiza nessa atenção básica? (ENTREVISTADO E).

Ainda sobre Saúde da Família, há quem perceba, na equipe tradicional do programa, profissionais com características de atuação mais curativa que de promoção à saúde, e sentem falta da contribuição do psicólogo, como um profissional que pode dar uma contribuição diferenciada, aumentando o poder

resolutivo da equipe PSF/ESF, uma vez que tem formação mais próxima do conceito ampliado de saúde orientado pelo SUS. Entendem que os profissionais que compõem a ESF são aqueles que ainda trabalham com o conceito de saúde mais curativo, menos amplo, mais focado em medicalização e com foco na doença e que a presença de um profissional psicólogo poderia trazer uma visão mais crítica e problematizadora, devido a maior proximidade com as questões da subjetividade: "acho que a gente tem muito a contribuir, para essa concepção de saúde e para mudar a prática, as nossas, e as desses profissionais". (ENTREVISTADO E); "eu gostaria que [...] [houvesse um lugar pro psicólogo] dentro da Estratégia de Saúde da Família... como parte da estratégia..." (ENTREVISTADO B).

A seguir aparecem os relatos sobre como a falta de estrutura para o atendimento sobrecarrega e compromete o projeto da Atenção Básica que não seja tão somente curativa: Inicialmente a observação de que a falta de apoio de serviços do nível de atenção secundário e terciário acaba fazendo com que o psicólogo da Atenção Básica acabe provendo, ele mesmo, esses serviços:

"[...] pelo SUS [ainda] não ser muito estruturado nos três níveis de atenção (básica, secundária e terciária) [dentro] do município, a gente percebe essa dificuldade porque a gente [o psicólogo] acaba sendo demandado para fazer outros trabalhos, que não só o da atenção básica" (ENTREVISTADO E)

Outro relato reconhece que a questão curativa faz parte da atenção básica, mas tendo-se como primeiro objetivo a promoção e prevenção;

só que a gente percebe também, justamente pela dificuldade de [quantidade suficiente de] profissionais, de cobertura da ESF, é que a demanda acaba superando as possibilidades de atuação dos profissionais... (ENTREVISTADO B).

Os profissionais então acabam atuando nas "prioridades"... Termo usado para identificar os pacientes que demandam somente ações curativas.

Como contrapartida das questões que comprometem e até impedem o desenvolvimento da atuação em prevenção e promoção da saúde, há quem reconheça na mudança atual uma enorme possibilidade para a saúde coletiva do município; observa essa reorganização com esperança, apesar das carências: "Cariacica é bem diferente, a atenção básica parece que está começando a se estruturar agora" (ENTREVISTADO E); houve também quem explorasse o lado essencialmente político e (pouco) participativo da sociedade, buscando influenciar e direcionar o sistema de saúde. Na falta dessa influência, o SUS no município acaba

se mostrando um reflexo bastante adequado da atenção, interesse e compromisso que a sociedade tem para com ele...

[...] o SUS não vai dar certo, somente melhorando a gestão, através do Estado... Melhorando financiamento que é o que se discute aí... Regulamentando a emenda constitucional 29... [...] eu acho que só com uma mudança da sociedade, uma mudança social, ou seja, ele [o SUS] vai acompanhar a mudança da sociedade... Hoje a sociedade tem o SUS que reflete a sociedade, se a sociedade muda, se as pessoas mudam, via ter um SUS melhor pra sociedade. (ENTREVISTADO F)

Outra fala significativa e que envolve nova variável esteve presente no relato de um profissional que viveu uma situação, no período dos Programas, na qual foi instigado em sua capacidade de atuar proativamente e junto com outros da equipe. Esta fala foi destacada por parecer revelar como a gestão pode se colocar distante do dia a dia dos profissionais, a ponto de não se dar conta da falta que faz e do risco que essa distância representa para o objetivo final da saúde coletiva. Neste caso específico a maturidade pessoal e profissional dos envolvidos levou a situação a um bom termo, mas poderia ter acontecido diferente, com muitos prejuízos para os usuários.

A principal dificuldade foi falta de informação sobre o Programa no qual iríamos trabalhar, pois não recebemos material informativo sobre o mesmo [...]. Tivemos que pesquisar na Internet, traçar uma linha de trabalho por nossa conta, criando um projeto de trabalho, estabelecendo as principais atividades, o fluxo de atendimento, objetivos, metodologias, técnicas, criação de material como formulários para cadastro, formulário psicossocial e uma forma de trabalhar com esse público. Isso contribuiu para uma rápida aproximação da equipe. Na realidade a dificuldade de obter tais informações, acabou nos aproximando e nos tirou do lugar da reclamação para a atitude, não tínhamos um caminho, logo criamos um rumo. (ENTREVISTADO J)

Do conjunto das referências a processos de gestão, sejam das rotinas cotidianas, seja do funcionamento da rede local, pode-se pensar que quando o psicólogo vem atuar na Atenção Básica fazendo parte de uma equipe multidisciplinar, numa proposta de trabalho bem diferente daquela da clínica tradicional, é comum que seja necessário um período de adaptação para que os membros da equipe se conheçam e criem laços. No entanto, até para que esta adaptação aconteça é necessário o acompanhamento da gestão, de modo a fazer valer o princípio de que todas as disciplinas devem fazer parte da equipe sem nenhum traço de hierarquia ou disputas pela maior importância de umas sobre as outras. Esse é um aspecto do SUS que explicita com mais clareza a questão desse período de transição que vivemos, na passagem da Saúde Pública para a Saúde Coletiva, conforme analisado por Birman (1991) e Spink e Matta (2010). Assim, são esperados conflitos e demandas ao

gestor, e é curioso observar nas respostas a completa ausência de referências ao gestor, como se sua participação, de antemão, não fosse mesmo esperada; é possível que as respostas a essa questão revelem o quanto os profissionais foram - até então - deixados sozinhos para resolver uma das mais complexas questões da proposta de humanização, que é o estabelecimento da equipe multidisciplinar.

### 4.3 O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA EM CARIACICA

#### 4.3.1 A inserção da Psicologia na Atenção Básica

Quanto ao tema da inserção da Psicologia na Atenção Básica, as falas se dirigiram ao trabalho em equipe, à formação da equipe, ao equilíbrio da equipe, mais fácil de acontecer quando não há um profissional médico presente; relatam a dificuldade de construir essa visão equilibrada, participativa e não hierárquica sobre as questões trazidas pelo usuário, para que ele possa se sentir assistido integralmente: Várias falas sobre a questão central do trabalho em equipe, que, mesmo quando multidisciplinar, exige um sair de si e uma abertura para o saber do outro profissional, porém de forma que essa atitude tenha como resultado algo melhor para o usuário. Há uma fala dura, que merece ser reproduzida na íntegra, porque vai mesmo ao cerne do problema; este profissional, antes da reorganização trabalhou em equipe multidisciplinar e fala com experiência:

quando a gente era uma equipe [do programa anterior] a gente tinha o mesmo problema [...] não conseguia trabalhar em equipe, e por que não conseguia? Porque o que representa o trabalho em equipe, que é o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar, ou o que seja, é você sair do seu saber, e junto com os outros saberes se construir um saber pra dar conta daquela complexidade, isso a gente não faz, não fez e não tem perspectiva de fazer (ENTREVISTADO F)

Outras falas ressaltam a questão como problema, tendo em vista até mesmo uma perspectiva de conflito: "com a reformulação disso você trabalha em equipe... então, dificuldades de você se afirmar enquanto profissional... então eu acho que o trabalho em equipe é uma das principais dificuldades que a gente vai enfrentar agora..." (ENTREVISTADO C); "É um trabalho angustiante, porque a princípio você não tem nada certo, nada concreto, no nosso caso principalmente, o desafio de trabalhar em equipe... trabalhar em equipe é muito difícil..." (ENTREVISTADO E). Na fala a seguir

se acentua a perspectiva de conflito e o trabalho em grupo é tratado como uma correlação de forças, ou seja, como um conflito explícito, uma luta de poder:

é uma correlação de forças... tem alguns campos do saber que se impõe mais, que se colocam de uma forma... [...] de saber hegemônico, e aí você tem que lidar com esse campo de forças... [...] para que esse campo de forças se configure realmente no trabalho de equipe, o que ele representa, do saber construído em conjunto pra dar conta da complexidade, acho que precisa acontecer muita coisa, acho que depende da gestão, depende da equipe, depende individualmente de cada profissional [...] então aí nós vamos em busca desse saber, que é coletivo, que é um saber que não é, majoritariamente biomédico... (ENTREVISTADO F)

No relato seguinte foi apontado um outro aspecto relevante e que também se relaciona ao trabalho de gestão. O relato se refere à acomodação dos horários para que as equipes multidisciplinares realmente atuem como equipe. O profissional colocou sua preocupação de que a equipe se constitua com profissionais que trabalham em horários diferentes; em Cariacica os psicólogos trabalham 40 horas por semana, mas há profissionais que tem uma carga horária diferente desta, o que provoca essas dificuldades de sincronismos de agenda: "É, então, aí cada um tem seu horário, cada um vai fazer o horário como é melhor pra cada um... [...] então a gente vai ter que achar um horário pra se reunir enquanto equipe... se adaptar" (ENTREVISTADO A).

Ao se elaborar uma discussão em torno do que foi encontrado no campo de estudo, pode-se começar considerando Andrade (2007) que observou como, quando da inserção do profissional psicólogo no SUS, era comum observar-se uma variante do modelo médico, com o profissional apresentando uma postura de especialista, inadequada para o que é proposto pelo SUS. No presente campo de estudo não foi observado em nenhum profissional uma atitude com essas características, o que é positivo, considerando que já se passaram sete anos... Parece que algumas coisas estão mesmo em mudança !

Carvalho, Bosi e Freire (2009) observaram como principais características em torno da inserção do psicólogo no serviço público o impacto da realidade de como esse serviço se configura: as precariedades existentes dificultando uma oferta de serviço adequada, a grande demanda, as influências de ordem política, os conflitos internos tanto com usuários como com as equipes.

No presente campo de estudo parte dessa mesma precariedade foi relatada e, nessa nova configuração que se inicia, as preocupações com a formação das

equipes, com as questões de repartição de poder, com o processo em si de atuação dessa equipe multidisciplinar, e outros. Finalmente, uma contribuição de Carvalho, Bosi e Freire (2009) que observaram, na prática do psicólogo nas equipes de saúde, dificuldades com a predominância do modelo médico, ainda muito técnico, focado na doença, tanto na prática individual como na de grupo; esta foi talvez a principal questão colocada no campo de estudo: a formação da equipe, a necessidade de atuação do gestor no ordenamento das possíveis hegemonias, os "campos de forças" existentes, etc.

#### 4.3.2 Papel e atuação na Atenção Básica

Observa-se, quanto ao lugar e função do psicólogo, uma preocupação tanto com o acolhimento e o cuidado como com a promoção e prevenção como características diferenciadoras da prática nesta nova etapa do serviço de saúde; a escuta qualificada e empática com relação à dor e ao sofrimento psíquico como o trabalho exigido pela Atenção Básica e como algo mais próximo da psicologia que de outras profissões. Observa-se ainda uma caracterização do papel profissional como profissional generalista, com a atenção voltada para a saúde da comunidade e não a atuação burocrática na clínica individual; e também a preocupação com a promoção e prevenção, que são as marcas diferenciadoras de uma postura voltada ao território:

O lugar do psicólogo é de uma escuta qualificada da dor e do sofrimento psíquico; é trazer mais humanização aos atendimentos [...]. Garantir o acolhimento, promoção e prevenção da saúde para todas as idades e patologias (ENTREVISTADO J);

"é o profissional que vai ser uma referência pras pessoas que precisam de um cuidado, que precisam ser ouvidas, que tem uma demanda específica, e aí vai [estar lá junto com a equipe]" (ENTREVISTADO F); "[...] um profissional generalista, que priorize as questões coletivas, que dê conta da saúde coletiva da comunidade... [...]. E com foco nas questões de prevenção e de promoção mesmo..." (ENTREVISTADO E); "[...] a função do psicólogo é fazer essa prevenção, promoção à saúde psicológica, e falar de coisas que não são ditas pra se prevenir certas situações, certas doenças, certas somatizações..." (ENTREVISTADO A);

com essa mudança você tem um papel diferente, você tem que atuar na promoção, na prevenção, você tem que estar em contato direto com esse usuário... agora você entra na realidade daquela pessoa... (ENTREVISTADO C).

Os relatos mencionam as demandas de compromisso com o cuidado e o vínculo solicitadas pela Política Nacional de Humanização, bem como com o território, como solicitado na Política Nacional de Atenção Básica, "É preciso contar a verdade: você só produz saúde nos encontros, no compromisso, no vínculo de alguém que se compromete a estar junto" (ENTREVISTADO F); " o profissional vai trabalhar mais com educação e saúde, o profissional vai trabalhar mais no território, conhecendo territórios, potencialidades do território..." (ENTREVISTADO F)

Houve um entrevistado que explorou o aspecto do profissional psicólogo enquanto parte da equipe de trabalho - e aqui não apareceu a questão da formação/inserção da equipe, mas um cenário em que esta equipe já está estabelecida e com os profissionais trabalhando juntos, equilibrando o momento da prática conjunta e o momento da prática individual no serviço ao usuário:

A gente está pensando em trabalhar juntos, no acolhimento, fazer esse acolhimento em conjunto, o Psicólogo, o Fonoaudiólogo e o Assistente [Social], pra já filtrar alguma coisa... Aí, separar de acordo... que não tem como, a gente trabalha junto mas cada um vai ter sua especificidade de trabalho, então, e aí a partir disso fazer os grupos, mas vai ter uma criança que vai ser atendida pelo Fono, vai ser atendida pelo Psicólogo, vai ter a família atendida pelo Assistente... Então a gente vai trabalhar em conjunto, o que poderemos fazer por essa criança, por esse adulto, por essa família de uma forma geral (ENTREVISTADO A)

Foi lembrada a questão da capacitação para favorecer a atuação como um profissional generalista diante de uma realidade aberta, que além das ações de promoção e prevenção deve também ser capaz de ações de "prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde" (BRASIL, 2011).

Porque eu atendia criança, agora eu vou ter que olhar o idoso, vou ter que olhar saúde mental, transtorno mental, eu vou ter que olhar o adolescente. Olha como meu campo se expandiu aí, uma demanda que era específica agora é ampla (ENTREVISTADO A);

Ao se elaborar uma discussão em torno do que foi encontrado no campo de estudo, pode-se começar com a questão observada por Andrade (2007) quanto a uma maioria de profissionais que tratavam o paradigma do SUS com indiferença, esse comportamento não foi observado no campo, pelo contrário houve repetidas mostras de adesão aos princípios do SUS e de uma certa frustração pelas dificuldades em se

alcançar o modo de oferta de serviço pretendido devido às deficiências municipais. Iglesias e colaboradores (2009) relatam que os psicólogos que se dedicam à prevenção estabelecem parcerias com outros profissionais, construindo arranjos multidisciplinares que consideram necessários para a realização do trabalho. No campo de estudo essa atitude ativa de construir parcerias e a percepção de sua utilidade só foi relatada por dois profissionais que, originalmente, atuaram em Programas bem diferentes, o que leva a pensar que talvez a atitude tenha origem mais num traço pessoal que numa orientação da gestão. Iglesias e colaboradores (2009) relatam que a maior parte das ações de promoção à saúde mencionadas se referem a grupos de troca, não dirigidos necessariamente a um problema de saúde (como seriam grupos de hipertensos ou diabéticos) e que aquilo que os profissionais observam faz acreditar que tais grupos realmente provocam nos usuários uma nova maneira de ver a si mesmo; sobre o mesmo tema, Andrade (2007) relata que, em sua pesquisa, a maior parte do trabalho em grupo era desenvolvido com grupos específicos (grávidas, hipertensos), no entanto encontrou uma configuração de grupo do tipo "espaço de trocas" que estava de acordo com a proposta do SUS. Quanto a este assunto, os relatos do campo da presente pesquisa dão conta de uma clara consciência da importância das ações de promoção à saúde e até das soluções de grupo para levar a efeito este objetivo, mas os profissionais à data da pesquisa, ainda estão muito envolvidos com as demandas remanescentes do período dos Programas e ainda não conseguiram viabilizar este objetivo. Iglesias e colaboradores (2009) fazem referência a um entendimento equivocado, que associa o trabalho próprio dos Programas do MS - de características preventivas e curativas - com "saúde" e com "promoção de saúde"; levando a crer que os autores dos relatos entendiam como ações de promoção de saúde aquelas dirigidas a mudanças de hábitos, comportamentos, estilos de vida; esta questão foi observada no campo de pesquisa com um outro enfoque - justamente aquele pretendido pelo SUS, ou seja, a compreensão de que apenas mudanças de hábitos, comportamentos e estilos de vida não são o foco do trabalho da promoção quando vistos como um "treinamento". Houve muitos relatos que dão conta disso, em especial dos profissionais que trabalharam no Programa de Saúde da Criança, que demonstraram grande consciência de que os principais problemas trazidos para serem elaborados numa clínica individual tinham um poderoso componente social que não era percebido pelos demandantes. Archanjo e Schaiber (2012) trabalhando



com psicólogos com longo tempo no serviço público, relataram o conflito diário entre dispor o tempo para as ações de prevenção e promoção versus dispor o tempo para as ações curativas; esta questão é ainda muito presente para os profissionais do campo de estudo: há uma tensão positiva no sentido da promoção da saúde, mas parece ainda não haver uma solução para essa questão: como dirigir o tempo para a promoção se há grande demanda por cuidado e cura? As autoras relatam ainda a pouca participação em trabalhos com equipes multidisciplinares, possivelmente uma consequência do excesso de demanda e das exigências dos gestores quanto a metas de produtividade; esta questão de um gestor que exige metas não foi relatada no campo de estudo.

Archanjo e Schaiber (2010) relatam também uma questão que tem a ver com a expectativa de outros profissionais quanto ao trabalho do psicólogo: é esperado que sua ação leve a um resultado rápido, que tenha características de solução do problema - uma visão bem parecida com o modelo médico; Iglesias e colaboradores (2009) também relatam que os usuários - acostumados com as práticas médicas - também quando estão diante do psicólogo buscam soluções rápidas; no campo de estudo essas expectativas por eficácia e rapidez não foi relatada, no entanto foi relatada uma outra atitude por parte dos trabalhadores de uma das Unidades de Saúde para com os psicólogos daquela unidade: a demanda por serviços profissionais. Bergamin (2010), numa pesquisa que envolveu relatos de psicólogos atuando no serviço público observou que a totalidade dos sete profissionais entrevistados relataram o atendimento clínico individual como a única forma de atendimento praticada. No campo de estudo na data de hoje aparentemente esta é ainda a forma predominante de atender até que seja estabelecida, com mais clareza, uma questão que precisa do envolvimento do gestor: como distribuir o tempo entre as atividades de prevenção e promoção e as atividades de cuidado e cura?

Os relatos fizeram referência ao lugar e função do psicólogo na Atenção Básica, sua atuação territorial, orientada pelo cuidado e estabelecimento de vínculo, as questões do trabalho em equipe multidisciplinar e a postura igualitária e participativa junto com as outras disciplinas; lembraram também a questão da capacitação do profissional generalista para que ele consiga não apenas desenvolver as demandas de

prevenção e proteção, mas também aquelas de assistência que, antes, eram características dos Programas, que continuam existindo e exigindo atenção.

### 4.3.3 Dificuldades na atuação

Os psicólogos foram questionados sobre dificuldades e desafios que já se tenham deparado na nova estrutura de prestação dos serviços, bem como sobre aspectos da velha estrutura dos Programas que "vieram junto" com a reorganização.

Aparece de imediato a questão da grande demanda, da necessidade de pessoal e falta de estrutura: "Vejo as dificuldades baseado na quantidade de profissionais versus demanda; as questões com estrutura física e material, principalmente agora que a gente sai dos Programas" (ENTREVISTADO A); "[...] dificuldades estruturais, [...] falta de estrutura mesmo do município, estrutura física, a falta de apoio hoje, a gente percebe uma má gestão, isso reflete diretamente no nosso trabalho" (ENTREVISTADO E). Do mesmo modo, no estudo de Iglesias e colaboradores (2009) houve relatos quanto a inadequação do espaço físico e carência de material de trabalho, em especial aquele dirigido às oficinas, além de grande demanda dirigida ao atendimento de transtornos mentais graves. Adicionalmente, o campo de estudo fez referência à falta de orientação sobre como efetivamente vai se dar a passagem das ações curativas para as ações de promoção e prevenção - uma vez que é isso que se busca - , diante da grande demanda existente:

"[...] a base da Atenção Primária é a promoção de saúde e a prevenção de agravos... Então enquanto a gente se mantiver apagando incêndios, a gente vai continuar como especialidades, a gente não vai se efetivar enquanto Atenção Primária... (ENTREVISTADO C)

Pode-se observar que no estudo de Andrade (2007) também apareceram críticas ao funcionamento geral associadas com o excesso de trabalho e com a dificuldade de se trabalhar em equipe, "incapacidade dos profissionais em geral, acentuada na classe médica, de se dispor a 'sentar e conversar sobre o caso'" (ANDRADE, 2007). Dois aspectos relacionados em Andrade (2007) não apareceram no presente campo de estudo foram a questão da rotatividade, embora se saiba que alguns dos psicólogos entrevistados não eram efetivados, e a questão de desmandos de

gestores "que adotam políticas locais em absoluto desacordo com o SUS" (ANDRADE, 2007);

Outro aspecto muito relevante foi a questão da falta de orientação e protocolos, tanto os que organizam a atuação individual, como aqueles necessários para orientar a atuação coletiva: "porque não existem protocolos, não existem orientações, sabe, um norte, uniformização do trabalho..." (ENTREVISTADO E); observando esta questão de um ponto de vista mais amplo, Nepomuceno e Brandão (2011) fizeram referência à necessidade de uma discussão teórica e prática, conduzida de forma interdisciplinar, que busque o desenvolvimento de uma psicologia comunitária adequada a este novo cenário do SUS.

Houve ainda a lembrança da falta de uma retaguarda de especialidades "[...] uma outra coisa: eu tenho que ter retaguarda de especialidades... Eu não tenho, eu não tenho CAPS AD, eu não tenho CAPS infantil, eu não tenho CAPS..." (ENTREVISTADO F)

Uma questão muito discutida por Bezerra Júnior (2000) em sua análise sobre o usuário que vai ao serviço de saúde esperando do médico a prescrição de medicamento leva à questão apontada pelo Entrevistado F quanto ao entendimento dos usuários daquilo que produz saúde:

"Já chega aqui [pedindo remédio]... porque se ela não sai daqui com uma receita... isso não é só na saúde mental, no tabagismo ou no hipertenso, é no geral. Se ela não sai daqui com uma receita, pra ela não se produziu saúde..." (ENTREVISTADO F);

Bergamin (2010), numa pesquisa que também ouviu profissionais de Cariacica, observou de cinco dos sete psicólogos entrevistados relatam que seus pacientes ou chegavam medicados ou vinham à unidade de saúde com o objetivo de conseguir receita/remédios. À época da pesquisa observou relatos que falavam da dependência de benzodiazepínicos; porém não compareceu na presente pesquisa referência a dependência física de medicamentos, embora tenham referido a busca de receitas e medicamentos como uma evidência possível de dificuldades para oferecer ações que escapem desta lógica.

"[...] uma outra dificuldade esperada é essa da população, que já estava acostumada com o atendimento clínico, individual, semanal... eu falo da psicologia que existe no senso comum" (ENTREVISTADO C); Iglesias e colaboradores (2009) observaram casos que relatavam a pouca adesão de usuários a certas iniciativas e ações

promovidas de modo coletivo, procurando então pela consulta individual. Tais preocupações e questões se fizeram presentes: como os usuários do sistema irão receber ações de cunho fortemente coletivo como propostas de promoção de saúde? As respostas parecem ainda estar longe, na visão dos entrevistados; naturalmente que o bom desenvolvimento dessa questão deve trabalhar os estereótipos e representações relativas à saúde, ao adoecimento, ao psicólogo e suas possibilidades de ação, o que deve ser, talvez, a primeira das iniciativas a serem desenvolvidas pelas equipes. .

E ainda um outro aspecto relevante: capacitar o profissional generalista: "[...] seguir a busca de atualização e informação para adequação profissional generalista, visando melhor compreensão, atendimento e encaminhamento de uma demanda tão diversificada..." (ENTREVISTADO J);

[...] falaram que a gente tem que começar [a atender segundo a nova estrutura], mas como? Me deram um monte de texto pra ler, mas... Então vamos parar pra estudar sobre isso, pra rever o que vamos fazer. Todo mundo tá nessa dificuldade, nessa angústia (ENTREVISTADO A);

"Ah, mas eu como profissional não consigo atender saúde mental, nunca atendi um paciente com transtorno mental, como é que vai ser? [...]" (ENTREVISTADO F);

[...] se você estava dentro de um programa focalizado naquela faixa etária, você sabia se organizar muito bem, e [conhecia] as suas atribuições e os seus encaminhamentos [possíveis junto aos outros profissionais que também atendiam] dentro daquele público. Quando abre para outros públicos e outras demandas, a gente fica muito... inseguro... de como a gente ia trabalhar com isso... (ENTREVISTADO C)

A novidade de se deparar com demandas diversas parece afetar a todos os entrevistados. Em Carvalho, Bosi e Freire (2009) pode-se observar também a questão da insuficiência da formação do profissional demandando ações de capacitação; este tema foi bastante explorado no campo de estudo, principalmente porque os profissionais vindos de uma prática orientada aos Programas (Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, entre outros) haviam desenvolvido uma certa "especialização" dirigida àquele tipo de paciente, e o mesmo vale para a abordagem que usariam no caso, abordagem sobre a qual havia, desde o início, a expectativa de uma certa resolutividade. Como atuar agora, sem essas fronteiras norteadoras, mesmo para ações de promoção? Um breve olhar sobre a Psicologia do Desenvolvimento dá conta de quão diferentes são as necessidades e características maturacionais das pessoas ao longo do ciclo de vida, daí uma responsável e justificada demanda dos profissionais por capacitação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo descrever e caracterizar sua inserção e atuação, bem como conhecer suas dificuldades, em confronto com a abordagem solicitada pelo SUS, seus princípios e práticas sugeridas. Verificou que os profissionais de Cariacica estão hoje mais envolvidos no processo de construir novas formas de atuação coerentes com o SUS e com a atenção básica do que foi constatado em pesquisas anteriores. Parecem conhecer melhor as políticas e práticas desejadas pelo SUS e sentem-se à vontade com elas, no sentido de poderem e já estar se colocando em postura de busca de novos modos de atuação que, todavia ainda parecem gerar muitas dúvidas e questões. Quanto ao município, apresenta ainda muitos problemas estruturais, comuns ao serviço público, como falta de profissionais, estrutura de prestação de serviço deficiente e/ou inadequada, falta de orçamento para a saúde, processos mal geridos com perdas para os cidadãos, e, principalmente, falta de importantes equipamentos de saúde previstos pelo SUS que dariam aos cidadãos do município mais conforto, não demandando socorro nos municípios próximos. Quanto à inserção, atuação e dificuldades de trabalhos dos psicólogos na atenção básica, aspectos chave desta pesquisa, verificou-se algumas questões muito urgentes, que demandam um significativo empenho da gestão e colaboração dos trabalhadores quanto à necessidade de: a) enfrentar o problema do excesso de demanda de modo a favorecer que aconteçam as práticas da promoção de saúde; b) construir e fazer operar uma equipe multidisciplinar segundo os princípios do SUS, sem a predominância de alguns saberes sobre outros, buscando alcançar as atitudes sugeridas na PNH quanto a cuidado e vínculo. Fica em questão se outras formas de organização destes profissionais não poderiam ser mais potentes. Nesse sentido, chamou a atenção o fato de que apesar da proposta nova ser voltada ao trabalho em equipe junto a outros profissionais que também atuavam em programas, os psicólogos encontram-se sozinhos pensando e planejando sua nova forma de atuação. É algo incômodo verificar que o trabalho em equipe multiprofissional que se almeja esteja sendo gestado a partir de planejamento isolado de cada categoria e sem acompanhamento próximo da gestão.

Quanto às limitações deste trabalho, pôde-se observar que o foco pretendido não pôde ser integralmente alcançado porque a reorganização dos serviços de saúde

em Cariacica (ES), embora viessem sendo discutida com os profissionais psicólogos há algum tempo, está ainda sendo operacionalizada e em momento muito inicial. Assim, alguns psicólogos puderam relatar casos já vivenciados na nova estrutura e outros, que ainda estavam em processo de adaptação no novo local de trabalho, só podiam relatar situações vivenciadas dentro dos Programas do qual participavam até então ou cenários daquilo que tinham em mente sobre como construir uma atuação em novas bases. Assim, fica a sugestão de que esse estudo de campo seja novamente realizado em futuro breve, para que se possa observar, de fato, a atuação de todos os psicólogos no novo cenário de Atenção Básica. Outro aspecto que se revelou bastante significativo e que não era o objetivo primário desta pesquisa foi a questão da atuação, da prática e dos métodos da gestão (aqui, enquanto cargo administrativo, não a pessoa em si deste ou daquele gestor), motivo que leva à sugestão para que o trabalho de reorganização seja conduzido utilizando as ferramentas, conceitos, diretrizes e possibilidades abertas pela Política Nacional de Humanização para a coparticipação e corresponsabilização do processo de gestão, sua inclinação por uma decidida atitude de protagonismo - para gestores, trabalhadores e usuários - e seus métodos de identificação e elaboração de conflitos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. N. Práticas epistemológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde. **Psicologia Política**, v. 7, n. 13, p.35-46, 2007. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=18&layout=html>>. Acesso em: 12 set. 2014.

ARCHANJO, A. M.; SCHRAIBER, L. B. A Atuação dos Psicólogos em Unidades Básicas de Saúde na Cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**. [online]. v.21, n.2, p.351-363, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a09v21n2.pdf>>. Acesso em: 04 jun 2014.

AZEVEDO, B. M. S. A experimentação da Clínica Ampliada na Atenção Básica de saúde: articulando princípios, diretrizes e dispositivos em cotidianos complexos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 165-178.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa (Portugal): Edições 70, 2000.

BERGAMIN, M. P. **Os psicólogos nas unidades de saúde**: uma investigação acerca de sua prática profissional. 179p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

BEZERRA JÚNIOR, B. Considerações sobre as terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.134-169.

BIRMAN, J. A *physis* da saúde coletiva. **Physis** [online]. v. 1, n. 1, p. 7-11. 1991, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/01.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

BOING, E.; CREPALDI, M. A.; MORE, C. L. O. O. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão** [online]. vol.29, n.4, p. 813-845, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a13.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, Anais. 1986a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIlIcns.pdf>>. Acesso em: 12 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, Relatório Final. 1986b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 12 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Clínica Ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Equipe de Referência e Apoio Matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://picica.dominiotemporario.com/apoio%20matricial%20cartilha.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/petodonto/files/2008/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 05 nov. 2013.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a, p.12-15.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, p.17-45.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c, p.47-49.

\_\_\_\_\_. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013. Ranking - Espírito Santo. Ordenado pelo IDHM. 2014d. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/ranking>>. Acesso em: 24 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Município - CARIACICA/ES. Competência: Janeiro de 2014 a Dezembro de 2014. 2014e. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 20 out. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050114>>. Acesso em: 15 fev. 2014

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. v. 17, n. 1, p.77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

CARDOSO JÚNIOR, O. P. Método da Roda: espaço para cogestão de coletivos na UBS de Sobral/CE. [201-]. In: Mostra de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família. Valorizando a experiência, estimulando o protagonismo local. 4, Mostra Virtual. 2014. Brasília: DF, 2014. Disponível em: <<http://atencaobasica.org.br/user/17601>>. Acesso em: 25 out. 2014.

CARIACICA (ES). Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Programas Normatizados pelo Ministério da Saúde. **Rede Assistencial de Saúde em Cariacica (ES)**. Cariacica (ES), 2014.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200002&script=sci\\_arttexthttp](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200002&script=sci_arttexthttp)>. Acesso em: 15 out. 2014.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M.; FREIRE, J. C. A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. **Psicologia Ciência e Profissão**. [online]. v.29, n.1, p. 60-73, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a06.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**. [online]. v.6, n.2, p. 57-63, 2001, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2014.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis** [online]. v.21, n.3, p. 899-916, 2011, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/08.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005)>. Acesso em 07 out. 2014.

IGLESIAS, A.; GUERRA, B. C.; SOARES, J.; ARAUJO, M. D. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 11. n. 1. p. 110-127. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Espírito Santo. Cariacica. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320130&search=espirito-santo|cariacica>>. Acesso em: 19 out. 2014

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDÃO, I. R. Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 31, n. 4. p. 762-777. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n4/v31n4a08.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata (República do Cazaquistão): 1978. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>. Acesso em: 05 abr 2014.

PASCHE, Dário Frederico. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 11-28. 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S.; COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P. B.; LIMA, R. P. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**. v. 21, n. 4. p. 1022-1034. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a19.pdf>>. Acesso: 07 out. 2014.

SPINK, M. J. P.; MATTA, G. C. A prática profissional *Psi* na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

## APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada

1. Há quanto você atua no serviço público e na Prefeitura Municipal de Cariacica?
2. Há quanto tempo está alocado nesta Unidade/Qual o seu tempo de atuação nesta Unidade de Saúde?
3. Onde atuava anteriormente nesta Prefeitura (caso esteja a menos de seis meses no local de trabalho atual). Já atuou no SUS em outro município?
4. Como você descreveria a atenção básica à saúde no SUS?
5. E como é a atenção básica à saúde em Cariacica?
6. Qual o lugar do psicólogo na atenção básica? Qual sua função e como deve ser sua atuação?
7. Quais as características do trabalho realizado pelo psicólogo aqui na atenção básica de Cariacica?
8. Quais as principais dificuldades encontradas nos processos de trabalho?
9. Se o seu trabalho é em equipe, qual o lugar do psicólogo na equipe multidisciplinar e como se deu sua inserção na equipe?
10. Quais as dificuldades enfrentadas no processo de inserção nesta equipe e quais as adaptações realizadas?
11. Considerando a recente mudança ocorrida na configuração da atenção básica de Cariacica, como era a atuação anterior, como se dava a inserção em equipe, e como é a organização atual? Como se compõe a equipe agora e qual o lugar e função do psicólogo nesta?
12. Quais as *características* do trabalho a ser realizado?
13. Quais as dificuldades esperadas no processo de inserção dessa nova equipe?
14. Quais as principais *dificuldades* esperadas nos processos de trabalho dessa nova configuração?
15. Qual sua opinião sobre a proposta atual de trabalho na atenção básica?

## **APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido**

**FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO**  
**UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

---

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **TÍTULO DA PESQUISA:**

Atuação do psicólogo na Atenção Básica de Saúde do município de Cariacica (ES).

#### **PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Professora Andréa Campos Romanholi, Mestre em Psicologia.

#### **JUSTIFICATIVA**

Esta pesquisa se justifica considerando a relativamente recente inserção da psicologia na atenção básica à saúde do SUS, o que resulta na necessidade de constante estudo e análise desta inserção, dos desafios da atuação neste nível de atenção e das dificuldades encontradas. A literatura da área aponta a existência de um processo de construção deste trabalho na psicologia e espera-se que esta pesquisa venha somar esforços na construção em curso.

#### **OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:**

Objetivo: Descrever a atuação dos psicólogos na Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Cariacica (ES), tendo em vista os princípios e propostas do SUS.

#### **DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:**

Nesta pesquisa serão seguidas as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 196 de 10/10/1996 do CONEP, órgão do Conselho Nacional de Saúde. Não há riscos para nenhum dos participantes, pois a identidade dos mesmos não será revelada e as informações serão utilizadas somente para fins acadêmicos.

#### **BENEFÍCIOS DA PESQUISA:**

Do ponto de vista social, esta pesquisa pretende evidenciar o quanto do modelo pretendido pelo SUS para a atuação em saúde coletiva está assimilado e é colocado em prática pelos profissionais da psicologia. Assim, vem somar esforços àquelas iniciativas que visam a melhoria do serviço público em geral e dos serviços de saúde coletiva em particular.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:**

Quando necessário, o voluntário (respondente desta pesquisa) receberá toda a assistência ou esclarecimentos necessários em decorrência das atividades da pesquisa. Para isso deve procurar a Sra. ANDRÉA CAMPOS ROMANHOLI, pelo telefone de trabalho 27-3331-8632 ou diretamente na FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO, Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória, ES, CEP 29017-950.

**ESCLARECIMENTOS E DIREITOS**

Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

**CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS**

As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição responsável. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e poderão ser divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÕES**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo Órgão \_\_\_\_\_, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão como sujeito da pesquisa e declaro que recebi cópia desse documento por mim assinado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2014  
Assinatura do Participante Voluntário Data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2014  
ANDRÉA CAMPOS ROMANHOLI Data  
(Responsável pelo estudo)