



**PSICOLOGIA
E SAÚDE
COLETIVA**



PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA

Magda do Canto Zurba

Organizadora

Colaboradores

Alana de Siqueira Branis • Alessandra Ballestero Fukoshima Zendron • Alessandra Zaguini • Bárbara Saur • Caio Ragazzi Pauli Simão • Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré • Cibeli Larissa • Claudete Marcon • Daniela Ribeiro Schneider • Daniela Sevegnani Mayorca • Elisangela Böing • Eliza Gonçalves de Azevedo • Hannah Theis • João Fillipe Horr • Joselma Tavares Frutuoso • Lecila Barbosa Duarte Oliveira • Luana Maria Rotolo • Lucienne Martins Borges • Margarida Filomena • Maria Aparecida Crepaldi • Maria Emília Pereira Nunes • Mariana da Silva Livramento • Moysés Martins Tosta Storti • Viviane Hultmann Nieweglowski • Walter Ferreira de Oliveira • Zaira Aparecida de Oliveira Custódio



Florianópolis
2012

Psicologia e saúde coletiva
1ª Edição – 2012

© Copyright by Magda do Canto Zurba

Projeto gráfico e diagramação:

Rita Motta - Ed. Tribo da Ilha

Capa e ilustrações:

Leopoldo Nogueira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974 Psicologia e saúde coletiva / Magda do Canto
Zurba (organizadora). – Florianópolis : Tribo da Ilha, 2011.
240 p.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-62946-13-4

1. Psicologia. 2. Saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil).
I. Zurba, Magda do Canto.

CDU:159.9

Catalogação na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19/02/1998. É proibida a reprodução parcial ou integral desta obra, por quaisquer meios de difusão, inclusive pela *internet*, *sem prévia autorização do autor*.



EDITORA TRIBO DA ILHA

Rod. Virgílio Várzea, 1991 - S. Grande
Florianópolis S/C – Cep 88032-001
e-mail: editoratribodailha@gmail.com
Fone/fax: (48) 3238 1262
www.editoratribo.blogspot.com

Dedicamos esse livro à formação de uma nova geração de psicólogos brasileiros que têm procurado atender às demandas da saúde coletiva. Com carinho, esperamos que a partir do trabalho dos professores universitários e estudantes desta geração, portas e janelas possam se abrir para os próximos profissionais que chegam.



AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) que cotidianamente têm vivenciado o novo modelo de saúde mental brasileiro, buscando apoio psicológico nos postos de saúde, bem como nos centros de atenção psicossocial e nos sistemas de alta complexidade. Agradecemos também às equipes multiprofissionais pela paciência e dedicação com que têm recebido nossos estudantes de Psicologia, por vezes acolhendo, por vezes indagando, mas invariavelmente construindo caminhos sólidos. Nestas relações cotidianas é que estamos delineando o formato possível da reforma psiquiátrica de hoje e dos próximos anos.

Nosso agradecimento à preciosa parceria que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis ofereceu, nos últimos anos, aos cursos da saúde na Universidade Federal de Santa Catarina. Em especial, para o Curso de Psicologia, os projetos em parceria interinstitucional fizeram muita diferença para alcançarmos mudanças substanciais na formação de nossos alunos, ou seja, na formação dos novos psicólogos que estão chegando a cada dia nas esferas de trabalho em saúde coletiva.

Foi determinante a ação interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, que definiram as novas diretrizes curriculares para os cursos da saúde no país. Apesar do estranhamento inicial, somos gratos pelo impulso oferecido pelas novas diretrizes, colocando-nos no eixo das discussões contemporâneas em saúde coletiva. Agradecemos assim, o apoio oferecido por estes ministérios nesse processo de transição, especialmente através dos editais Pró-saúde, PET-Saúde da Família e PET-Saúde Mental. Entre outras formas de apoio – tais como grupos de estudos, ações interdisciplinares, seminários, etc. – estes editais resultaram em apoios financeiros aos diferentes atores envolvidos no projeto, de modo que conseguimos consolidar as ações da psicologia no

campo da saúde coletiva de maneira organizada. Foi por conta desses apoios financeiros que, pela primeira vez, o Curso de Psicologia da UFSC contou com uma política regular de bolsas aos estudantes para estágios em Postos de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial, bem como foi a primeira vez que estabelecemos um fluxo de entrada de acadêmicos de graduação na rede de atenção em parceria de longo prazo com a gestão municipal. Agradecemos assim, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, suas equipes multidisciplinares, bem como a boa vontade e o cuidado ético dos psicólogos envolvidos no projeto. Um especial agradecimento às psicólogas: Cibeli Vieira, Alessandra Zaguini, Lucila Massignani, Fernanda Furtado Nascimento, Roseli Wendt, Viviane Hultmann Niewegłowski, Claudete Marcon e Zaira O. Custódio, pelo carinho, dedicação e comprometimento.

Agradecemos também a todos os estudantes de graduação do Curso de Psicologia da UFSC. São essas pessoas, em formação, o motor fundamental de nossas ações cotidianas. As indagações dos novos aprendizes desconcertam nossas certezas, colaborando para que repensemos nossas velhas práticas e possamos abrir espaço para a construção de novos paradigmas.

Agradecemos também aos parceiros, amigos e colegas do Centro de Ciências da Saúde e do Centro de Filosofia e Humanas. Agradecemos ao Curso de Psicologia da UFSC, e aos apoios dos coordenadores anteriores que passaram pelo curso de graduação.

Um especial agradecimento ao Departamento de Psicologia que tem oferecido, incondicionalmente, apoio à consolidação de projetos grandiosos que o grupo de professores de psicologia da saúde vem construindo nos últimos anos.

Com muito carinho agradecemos ao LABSFAC – Laboratório de Saúde, Família e Comunidade. A generosidade de suas fundadoras, pesquisadoras e professoras – Maria Aparecida Crepaldi, Jadete Rodrigues Gonçalves e Carmen Leontina Ocampo Moré – colaboraram para que a psicologia da saúde se desenvolvesse no curso de Psicologia ainda durante os longos e escuros anos que antecederam o SUS e o período de implantação da reforma psiquiátrica no Brasil. A elas, nosso muito obrigado!

Agradecemos também a cooperação e amizade de professores que brilhantemente vieram somar aos projetos de psicologia em saúde coletiva: Daniela Ribeiro Schneider, Joselma Tavares Frutuoso, Lecila Duarte Barbosa Oliveira e Lucienne Martins Borges – nossa gratidão pela sensibilidade e presença constante na formação desta nova geração de psicólogos.

E, por fim, nosso especial agradecimento aos apoios pessoais e aos familiares que nos ensinam, todos os dias, como viver saúde mental na vida íntima, a mais difícil aventura de todas. Obrigada por existirem, para que do foro íntimo possamos retroalimentar nossa capacidade de ensinar, pesquisar, observar e promover saúde coletiva, pois um campo de flores somente pode brotar em terra fértil. A essas pessoas tão especiais – que seria impossível nomear a todas – nossa muita especial gratidão.



SUMÁRIO

PREFÁCIO	15
<i>Marco Aurélio da Ros</i>	
INTRODUÇÃO.....	21
<i>Magda do Canto Zurba</i>	
CAPÍTULO 1	
Trajetórias da Psicologia nas políticas públicas de saúde.....	25
<i>Magda do Canto Zurba</i>	

PARTE 1 PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CAPÍTULO 2	
O Sistema Único de Saúde brasileiro e a Clínica Ampliada	41
<i>Joselma Tavares Frutuoso, Bárbara Saur</i>	
CAPÍTULO 3	
Intervenção da psicologia junto a equipes da atenção básica no contexto da reunião de área de abrangência: relato de experiência.....	51
<i>Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Eliza Gonçalves de Azevedo, Moysés Martins Tosta Storti</i>	
CAPÍTULO 4	
Educação Popular em Saúde: o Círculo de Cultura como ferramenta de promoção de participação popular no SUS	75
<i>Caio Ragazzi Pauli Simão, Magda do Canto Zurba, Alana de Siqueira Branis Nunes</i>	

CAPÍTULO 5

- O papel do psicólogo na atenção primária na era NASF: ações,
concepções e perspectivas 103
Cibeli Vieira, Walter de Oliveira

- CAPÍTULO 6 - Educação em saúde na atenção básica: estratégias do
fazer do psicólogo para a promoção de saúde 123
Luana Maria Rotolo, Magda do Canto Zurba

CAPÍTULO 7

- Experiência da inserção de uma acadêmica de psicologia na atenção
básica por meio do PET – saúde da família 139
Joselma Tavares Frutuoso, Hannah Theis, Alessandra Zaguini

PARTE 2

PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA NA MÉDIA COMPLEXIDADE

CAPÍTULO 8

- Atendimento psicológico em situações de violência conjugal 157
*Lucienne Martins Borges, Daniela Sevegnani Mayorca,
Mariana da Silva Livramento*

CAPÍTULO 9

- Trabalho, modo de vida na rua e uso de drogas: percepção de pessoas
em situação de rua como subsídio para planejamento de ações de
reinserção social no CAPSad 171
*João Fillipe Horr, Viviane Hultmann Nieweglowski,
Daniela Ribeiro Schneider*

PARTE 3

PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA NO CONTEXTO HOSPITALAR

CAPÍTULO 10

- Atenção psicológica na prática obstétrica e neonatal: uma experiência à
luz dos conceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) 195
*Maria Emília Pereira Nunes, Maria Aparecida Crepaldi,
Elisângela Böing, Zaira A. O. Custódio, Margarida Filomena*

CAPÍTULO 11

Distúrbios psicossomáticos e a relação mãe e bebê: intervenção psicológica em enfermagem pediátrica 219
Viviane Vieira, Claudete Marcon, Lecila Duarte Barbosa Oliveira

SOBRE OS AUTORES..... 231



PREFÁCIO

Qual o tom adequado?... Conheço e já trabalhei com vários autores de capítulos desta obra. E quando trabalhamos em conjunto, em diferentes momentos da história, sempre foi na perspectiva da construção do SUS- da saúde coletiva, com paixão, com luta, com uma imagem de futuro, com muita ciência militante. Hoje ele está aí, produto do movimento da reforma sanitária que participamos desde seu começo. Ao leitor da área da psicologia pouco versado neste tema, cabe esclarecer algumas premissas.

É evidente que não temos, ainda, o SUS que queremos, sonhamos e lutamos. O SUS é uma política social ampla e, em tempos de neoliberalismo, as contendas são claramente contra hegemônicas, hoje. Portanto, é disto que esse livro trata. Da saúde coletiva e destes tons polifônicos: acadêmico, histórico, apaixonado (de emoção e de luta), solidário e na tentativa de colaborar com a sua organização, contra-hegemonicamente... Vivemos uma tarefa inconclusa, temos esse patrimônio ameaçado, e é com o conhecimento que podemos colaborar para que ele possa avançar.

A saúde coletiva nasce, conceitualmente, no Brasil, nos anos 70 – como contraponto a uma saúde pública que tinha lógica campanhista, positivista, matematizante, preventivista, culpabilizadora da vítima, dona da verdade, administradora dos interesses do capital e do Estado (não da população), biologicista-centrada, negadora do social e do psicológico. Ou seja, a versão travestida com o nome de pública – do modelo flexneriano hospitalocêntrico e biomédico dos EUA dos anos 1910.

A saúde coletiva vinha se desenhando com proto-idéias no século XIX junto com o movimento de medicina social em diversos países da Europa. Virchow na Prússia foi um dos expoentes do movimento, criando, junto com Neumann a lei de saúde pública em 1849, que sem dúvida foi inspiração para

a criação do nosso SUS. No início do século XX, Sigerist propõe as bases de uma saúde pública voltada para o entendimento das formas organizativas da sociedade como determinação do processo saúde doença, mas vai eclodir na América Latina só no final dos anos 50 - início dos 60 - com Juan César Garcia e a partir dele, seus seguidores: Asa Cristina Laurell no México, Jaime Breilh no Equador, Sérgio Arouca no Brasil, e muitos outros.

Nos EUA, Vicente Navarro associa-se a vinculação do entendimento da saúde como relacionada diretamente com o modo de produção (MP) econômico da sociedade e, por decorrência, todo arranjo social daquele MP. Passa a configurar-se um modelo de fazer saúde como militância política, em prol da solidariedade, de outra formação social, de outras relações de produção, na compreensão de que a saúde é determinada socialmente, com manifestações distintas dependendo da formação social do MP.

No Brasil, em conjunto com o movimento da reforma sanitária vai se configurando o que chamaríamos mais tarde de saúde coletiva. Ela teria que ser integral, equânime, e universal, com o entendimento da determinação social do processo saúde doença (que não nega o fator biológico, mas o subordina). O povo teria que comandar seu processo, e seria dirigida ao bem estar de toda a população e não aos interesses do capital.

A ditadura militar instaurada em 64 por defender os interesses do complexo médico industrial (versão sanitária dos desígnios do capital), com a adoção do modelo flexneriano, havia condenado a morte milhares de brasileiros pelo não investimento nos condicionantes sociais do processo saúde doença, tais como saneamento, vacinação, informação em saúde, alimentação, salário, habitação, educação, segurança, etc... variáveis diretamente relacionadas ao MP – forma de organização escolhida para organizar os interesses do capital em detrimento do bem estar do povo. Especificamente no setor saúde, o investimento anual do orçamento para o Ministério da Saúde cai de 8% para 0,8% ao ano. Expandem-se os hospitais privados financiados pelo MPAS, e os recursos públicos passam a ser desviados para exames desnecessários, medicamentos e hospitalizações idem. Sem controle (e com o aval) do Estado.

Como reação setorial, mas ao mesmo tempo política e integral, organiza-se o movimento sanitário, composto por várias vertentes.

...Uma pequena digressão das lembranças que escrevendo sobre a relação psicologia com saúde coletiva e com história me aparecem... Como esquecer das reuniões nacionais do CEBES (uma dessas vertentes do movimento), no

RJ, na sede da Associação Brasileira de Psicologia, no final dos anos 70? Ou, na época que eu estudava medicina em Pelotas-RS e organizávamos o ECEM (outra dessas vertentes), e tentávamos convencer alguns professores da psicologia médica que a população pobre não estava assim por problemas psicológicos e sim por uma sociedade iníqua. Ou quando ajudamos a construir (eu e Silvia - minha companheira e psicopedagoga) a 1ª residência em medicina comunitária no Brasil, a do Murialdo em Porto Alegre (outra vertente) e participamos dessa formação, e nela tentávamos colaborar para que a população comandasse a US do bairro, e no ano seguinte (1977) conseguimos que a residência se tornasse multiprofissional amparados pelos profissionais da psicologia...Ou seja... estivemos juntos muitas vezes.

No início dos anos 80, o movimento sanitário, organizado em todo Brasil, com essas três vertentes, e além delas mais: a do movimento popular em saúde, junto com a igreja progressista; a sua vertente acadêmica – professores da área da saúde; a vertente institucional – (com trabalhadores tanto do MS como do MPAS) ou ainda na sua vertente associativo sindical (onde despontavam especialmente três áreas: medicina, psicologia e professores universitários), alinhadas a vertente da elaboração teórica, o CEBES: travavam lutas cotidianas em qualquer desses setores na tentativa de construir um sistema de saúde único, público e com a lógica da saúde coletiva. Centenas perderam seus empregos ou foram enquadrados na Lei de Segurança Nacional por defender um Sistema Único de Saúde.

Com o fim da ditadura militar e o reinício da democracia, organiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, como resultado dessa organização histórica. E, em 88 ficava criado o SUS, com quase todos os pressupostos que defendíamos, mas com algumas concessões para o complexo médico-industrial, em nome da aprovação do mesmo na Constituição.

Para viabilizar este SUS, tornava-se necessário organizá-lo em leis orgânicas. O Movimento conseguiu aprovar duas em 1990, em pleno governo Collor. A partir daí nossa correlação de forças no Congresso sempre foi insuficiente para avançar (fazem, portanto, 22 anos...) na operacionalização.

Com a queda de Collor assume Itamar, que abre espaço para o movimento residual tentar organizar as propostas, via Ministério da Saúde. Aí só por normas operacionais sem a consistência de leis. Ao final de 93 elabora-se a proposta que viria se chamar em 94 de Programa de Saúde da Família (era para ser de saúde comunitária, mas iniciava o governo FHC, e esse nome ficou mais palatável). Na proposta original as equipes básicas

seriam compostas por médico, enfermeiro, dentista e psicólogo (além dos técnicos e agentes comunitários), para cada 2000 habitantes, tendo equipes de referência com outros profissionais da área da saúde a cada cinco equipes. No início da operacionalização, em função de acordo com o Banco Mundial, são contratados apenas médicos e enfermeiros para a equipe básica. Amplia-se para 1000 famílias por equipe (aproximadamente 4000 habitantes, portanto, o dobro). Inicia-se daí uma nova batalha, no campo institucional para viabilizar um PSF digno. Nesta luta a psicologia afastou-se, e em 97, quando começa efetivamente a se expandir a proposta, não temos o protagonismo desta categoria profissional (também é verdade que os médicos, enquanto categoria não lutaram por essa proposta). Era uma luta dos enfermeiros e dos médicos de família e comunidade. No final dos anos 90 os dentistas se mobilizaram e em 2000 é aprovada sua entrada nas unidades básicas num programa especial associado ao PSF.

É somente no apagar das luzes da 2ª gestão FHC que são aprovadas as diretrizes curriculares nacionais(DCN) para a área da saúde (novamente problemas em relação a participação da psicologia, que portanto ficou distante da atenção básica institucional por pelo menos 10 anos). A partir das DCNs, projetos do MS, via Coordenação da qualificação da atenção básica (COQUAB) começam a pipocar na tentativa de operacionalizar a formação de força de trabalho para a proposta SUS (garantida na Constituição de 88). Desenha-se em 2001 a proposta de residências multiprofissionais para atuar no PSF. Nós, aqui na UFSC, com 7 departamentos envolvidos trabalhávamos em conjunto, oficialmente desde 1997 (extra-oficialmente desde 1980 no Posto de Saúde da Costeira, pela via da extensão universitária) quando é aprovada a proposta de parceria entre Universidade e Prefeitura de Florianópolis, criando uma rede docente assistencial. Então, com a experiência acumulada, submetemos nosso projeto de criar uma residência multiprofissional com as 7 profissões (Psicólogo, Serviço Social, Farmácia, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Nutrição) ao MS. Iniciamos essa formação em 2002, portanto 10 anos faz que iniciamos essa empreitada. Todos na mesma direção, com uma troca de experiências inestimável. Deve ser por essa convivência dos últimos 10 anos, somadas a vivência conjunta de lutas de mais 30 anos antes, que convidaram um médico, para fazer esse prefácio - apresentar essa obra de Psicologia e Saúde Coletiva.

Claro que a Saúde Coletiva não se restringe somente a atenção básica (AB), embora ela seja organizadora do sistema, porque acima de 80% dos problemas de doença podem ser tratados nessa instância. Também é aí, na AB que estamos mais próximos do cotidiano das pessoas e por isso torna-se mais fácil pensar em promoção de saúde ou organizarmos em conjunto com a população trabalhos de grupo.

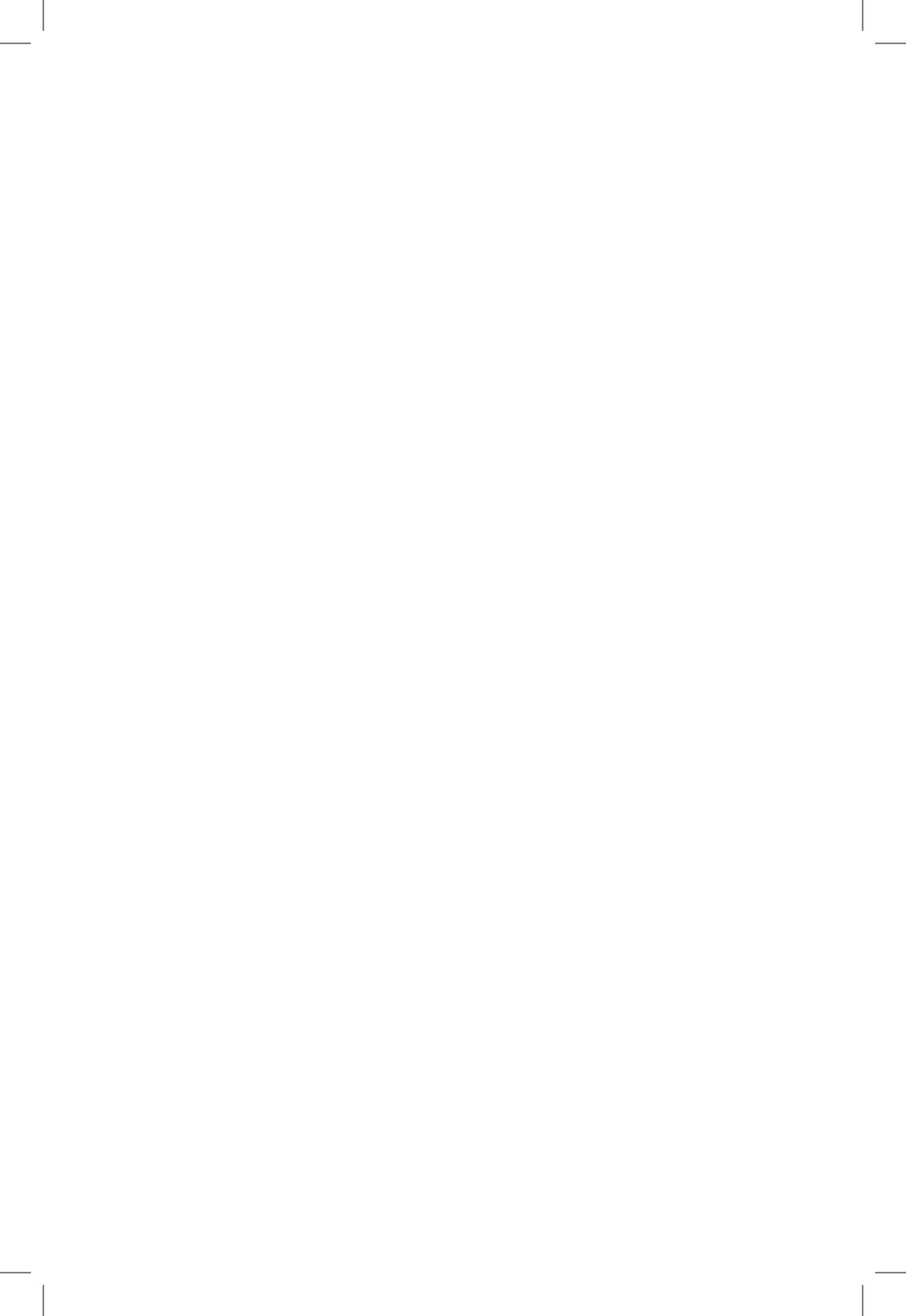
Mas, temos hoje a inserção do psicólogo em diversas instâncias do SUS. Na atenção secundária, terciária ... Mas queríamos que junto às equipes básicas, lá, naquele modelo que um dia conseguiremos, de 2000 pessoas, promovendo saúde, e atuando terapeuticamente nos grupos e indivíduos.

Na nossa realidade atual temos vários tipos de atuação. Do Caps (com outras letrinhas junto); ao NASF, matriciamento, atenção secundária, hospitalar, política de humanização da atenção, gestão, etc... Enfim, um mundo a ser aprendido-aprendido pelos psicólogos que abre uma intensa possibilidade de trabalho-participação e que tem sido muito pouco discutido na categoria dos psicólogos, e menos ainda no espaço universitário.

Esse livro se propõe a levantar esse véu para que a academia possa perceber a importância que a Psicologia tem para a saúde coletiva bem como a importância que a saúde coletiva tem para a psicologia. São indissociáveis e ela (a Academia) precisa repensar seriamente sobre esse assunto, bem como os gestores do setor saúde, em todas as instâncias: das Prefeituras ao Governo Federal. Os capítulos vão se sucedendo numa lógica que demonstra por aonde tanto a Universidade como as gestões em saúde devem caminhar. Obrigado por me convidarem para escrever esse pedaço de minha vida, e lembrar que precisamos continuar lutando.

Marco Aurélio da Ros

Médico de Família e Comunidade, Sanitarista, Mestre em Planejamento em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), Doutor em Educação (UFSC), professor aposentado do Departamento de Saúde Pública (UFSC-2011), atual professor da Pós-Graduação em Saúde na UNIVALI (SC).



INTRODUÇÃO

Este livro é decorrente da experiência que o Curso de Psicologia da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) tem vivido nos últimos anos. Estamos em pleno processo de implantação de um currículo novo, que segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais deve focar as estratégias de trabalho no SUS (Sistema Único de Saúde), formando psicólogos mais capacitados para atender aos novos desafios do modelo atual de saúde mental brasileiro. Além disso, em 2008 ingressamos no Edital Pró-Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, quando aceitamos em nos tornar mais um Centro de Referência em Formação para o SUS no Brasil.

Por conta das experiências e contradições colocadas desde então, os diversos professores que atuam no âmbito da psicologia da saúde em nossa universidade vêm desenvolvendo projetos de pesquisa, extensão e ensino, bem como acompanhando estágios no âmbito da saúde coletiva em uma intensidade muito maior do que antes.

Vale lembrar que nem sempre a Psicologia fez interface com a saúde pública como faz hoje. O potencial de trabalho que hoje os psicólogos demonstram no campo da saúde pública foi, de maneira muito clara, um dos desdobramentos do movimento da reforma sanitária no Brasil. Neste sentido, os editais de apoio à formação dos acadêmicos de psicologia no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde) é claramente uma novidade histórica, resultante de um longo processo de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que vem se consolidando nos últimos 20 anos, impulsionada pelo formato distribuído de atenção em saúde previsto com o advento do SUS.

À medida que as práticas psicológicas deslocam seu olhar para as políticas públicas de saúde, assistimos a consolidação de um novo paradigma disciplinar para a área - que por coincidência ou não - vem

também se consolidando desde a década de 80, após o período de “abertura” do regime militar. Este novo paradigma tem impactado as reformas curriculares da graduação e refletido nos modelos de projeto de extensão e pesquisa do campo da Psicologia, focando modos de intervenção mais populares e de inserção sócio-comunitária.

Quando a Psicologia se organizou como campo de conhecimento científico, ao final do século XIX e início do século XX, embora tenhamos experimentado pequenos movimentos de inserção em políticas públicas de atendimento à população, podemos dizer que, de maneira geral, tais práticas não eram comuns.

Os primeiros sinais de organização do campo psicológico junto às políticas públicas no Brasil começaram a se afirmar ao longo da década de 80, principalmente a partir de projetos universitários e em sintonia com a reforma sanitária. Depois da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, bem como com a promulgação da Constituição de 1988 que anunciava o SUS (Sistema Único de Saúde), os psicólogos começaram a despontar mais frequentemente nas atividades dos hospitais-escola, em projetos sociais com crianças e jovens em situação de risco, e em apoio na atenção em saúde mental dos Municípios. Neste último caso, é notável a recente inserção da Psicologia em postos de saúde na atenção primária e também em atendimentos de média complexidade, tais como na formação dos primeiros NAP’s (Núcleo de Apoio Psicossocial) e dos atuais CAP’s (Centro de Apoio Psicossocial).

Durante a década de 90 estava muito claro que o fazer psicológico não estava mais contido apenas às paredes dos consultórios particulares. Havia um movimento forte e anti-hegemônico na Psicologia do Brasil, cuja forma era herança direta dos movimentos que já tinham ocorrido em outras partes do mundo, no período conhecido como *pós Segunda Guerra Mundial*. Ainda que com certo atraso temporal, havia no movimento brasileiro uma força muito interessante, pois as demandas brasileiras e latinoamericanas se colocavam no cenário de luta, apontando ao fazer psicológico funções específicas à nossa realidade. Esse movimento era fruto direto das influências que a reforma sanitária tinham gerado nas áreas da saúde.

Desde o surgimento da “medicina social” no século XVIII, a humanidade vem discutindo o fato de que as doenças e produções de sintomas não são “unicausais”, ou seja: não existe uma causa única que produza a doença.

As pessoas adoecem e morrem de acordo com o modo como vivem. Ou seja, as formas como a sociedade, as comunidades e as famílias se organizam são determinantes na produção e manutenção de sintomas. E embora essas “descobertas” tenham sido muito difundidas na Europa desde 1848 - principalmente a partir da Lei de Saúde Pública promulgada na antiga Prússia - no Brasil esse debate somente começou a embalar pelos anos 50 do último século.

Muito pouco da compreensão sobre a determinação social na relação saúde/doença se refletiu nas grades curriculares dos cursos de graduação em Psicologia de todo Brasil, embora muitas das políticas públicas em saúde já reflitam essa compreensão.

As modificações curriculares dos cursos de graduação em Psicologia não acompanharam em velocidade e profundidade as transformações que o pensamento psicológico recebeu nos últimos anos. Novos problemas de pesquisa foram despontando no cenário da área psicológica principalmente nas esferas de pós-graduação. Entretanto, a Psicologia enquanto área aplicada, ainda tinha pouco *background* no atendimento popular, o que dificultou durante anos a superação de um modelo clínico exclusivamente ligado às estratégias de intervenção que dependiam de um alto nível de instrução ou desenvolvimento sócio-cognitivo, típico das populações de classe média e média alta. A linguagem, o espaço e todos os componentes do diálogo terapêutico careciam de pesquisas científicas no campo de atuação da Psicologia no eixo da saúde pública.

Novos questionamentos nasceram a partir desse conjunto de fatores históricos e contextuais que descrevemos: fomos impulsionados por esse “novo espírito do tempo” que acomete as ciências do século XXI. Neste sentido, temos refletido sobre um conjunto de intervenções psicológicas na saúde coletiva, tais como:

De que forma o paciente psicológico de camadas populares poderia se beneficiar da intervenção clínica em Psicologia? Em termos de manejo clínico, quais as habilidades e competências que o paciente nos solicita de modo geral? E quais são exigidos pelo paciente clínico na saúde pública? Qual o papel da educação popular e da educação em saúde na formação do psicólogo? Existe ou não uma mudança de paradigma no campo psicológico impulsionada pelo ingresso das práticas psicológicas nas políticas

públicas de saúde? Como construir intervenções clínicas eficazes no eixo sócio-comunitário? Como o psicólogo pode atuar a partir da noção de “território”? Quais as características do fazer psicológico em termos de equipe interdisciplinar e multidisciplinar na atenção básica? Como inserir os princípios básicos do SUS (Serviço Único de Saúde) nas intervenções psicológicas? Como “ler” a queixa psicológica no contexto da saúde coletiva? Quais as possibilidades dos fazeres psicológicos nos diferentes níveis de atenção em saúde? Como se dá a interdisciplinaridade nas equipes de saúde? Como a especificidade do fazer psicológico se relaciona com os outros saberes da equipe?

Enfim, diante dos inúmeros questionamentos contemporâneos, buscamos compreender as políticas públicas de saúde sob a perspectiva das habilidades do fazer psicológico neste contexto. E assim nasceu esta obra, a partir de uma coletânea de atividades e reflexões que têm sido desenvolvidas nos últimos anos em torno da psicologia e da saúde coletiva.

Foi com enorme prazer e responsabilidade que esse livro foi organizado, acolhendo os diferentes olhares de colegas tão queridos e empenhados em construir uma Psicologia engajada com a formação humana e com ideais de um mundo melhor. Enquanto grupo de professores, profissionais e estudantes, esperamos ter contribuído para a formação de uma perspectiva de pensamento em psicologia para a saúde, de modo que o Curso de Psicologia da UFSC conquistou, nos últimos anos, posição entre as referências nacionais como um centro de formação para o SUS no Brasil.

Assim, é com muita alegria que esse grupo de autores compartilha tais escritos com os leitores da área. Que juntos possamos construir melhores reflexões e entender os desafios contemporâneos.

Magda do Canto Zurba

TRAJETÓRIAS DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Magda do Canto Zurba

O advento da Psicologia como campo científico de conhecimento foi um marco importante para a humanidade, estabelecendo uma nova ordem de explicações e manejos para velhos problemas da vida cotidiana. Problemas comuns da humanidade, tais como: tristezas, dificuldades de aprendizagem, desordens na fala, etc... passaram a ser explicados e conduzidos segundo uma nova ótica. O ordenamento social baseado apenas no misticismo e no julgamento moral passou, com o advento da Psicologia, a ser refletido sob a ótica de outro paradigma.

Em seu processo de consolidação no campo da ciência dita “moderna”, a Psicologia necessitou passar dos laboratórios experimentais das universidades do século XIX para problemas aplicados na vida cotidiana, até por fim atingir o público em geral durante todo o século XX, e finalmente a saúde pública na contemporaneidade. Mas tal processo não se deu sem crises, muito ao contrário. Desde seu nascimento, a Psicologia se organiza e re-organiza-se sob uma profunda crise disciplinar. A recente entrada da Psicologia nas políticas públicas e na saúde coletiva atualizou esse debate, apontando caminhos e promovendo avanços epistemológicos importantes.

A Crise Epistemológica da Psicologia

O paradigma da Psicologia, herdado no espírito da modernidade, ainda se mantém, com tímidas tentativas científicas de superação para um

modelo menos linear: por vezes se aproximando da teoria crítica, por vezes da dialética ou do modelo ecossistêmico. Contudo, esse ainda é um caminho em processo. Vale lembrar que, nem o sucesso do darwinismo social de Spencer (1820-1903) nos Estados Unidos, nem a busca por estruturas físicas da consciência de William James (1842-1910), nem a “*escola de Chicago*” deram conta de uma mudança paradigmática da Psicologia durante os anos do século XX.

Nesse tumultuado contexto epistemológico assistimos a Psicologia ingressar no campo da prestação de serviços, à medida que os movimentos funcionalistas – tanto europeu como americano – atentavam para a demanda prática dos conhecimentos da Psicologia no início do século XX. O funcionalismo americano, representado sobretudo por Spencer e James, gerou influências econômicas diretas no plano de trabalho do psicólogo a partir da escola de Chicago, fortalecendo aquilo que se denominou como “psicologia aplicada”, culminando nos testes de QI, nas avaliações de desempenho motor e oral, bem como em certos movimentos de psicologia organizacional e da indústria, além de parte da psicologia clínica. No funcionalismo europeu vamos encontrar os protagonismos de Édouard Claparède (1873-1940) e Jean Piaget (1896-1980), que constituíram a conhecida “*escola de Genebra*”. A ênfase da escola de Genebra era colocada no processo de construção das estruturas psicológicas, priorizando assim a interação sujeito e ambiente, o que significava colocar ao lado tanto as explicações inatistas dos biologicistas quanto as explicações ambientalistas dos associacionistas. Vigotski, que na década de 20 já desenvolvia pesquisas sólidas apoiadas no materialismo-histórico dialético – no contexto da extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), assinalava a crise epistemológica que a Psicologia vivia naqueles tempos: “(...) esse problema continua tendo um caráter especial e muito profundo: o de mostrar que é possível a psicologia como ciência materialista e que esse fato não faz parte do problema do significado da crise como um todo.” (Vigotski, 2004: p. 340)

Da Crise Disciplinar às Práticas Psicológicas: quem nos paga?

A crise epistemológica da Psicologia nunca se resolveu de todo. Contudo, a ideia de “intervenção” psicológica se consolidou fortemente na população. À medida que a Psicologia passou a desenvolver repertório para intervir na vida cotidiana das pessoas, iniciou o processo de prestação de

serviços, o modelo de consultas e, potencialmente, o surgimento de vagas de emprego.

A ideia básica do funcionalismo, de que “o único conhecimento válido é aquele que pode ser aplicado”, é bom lembrar, tomou fôlego no cenário internacional por conta do pragmatismo norte-americano, cujas raízes remontam o uso do conhecimento no fortalecimento dos serviços capitalistas. Isto porque, no início do século XX, quase tudo que se entendia como prestação de serviço em Psicologia, era produto de mercado, e não de política pública.

Então, quando hoje procuramos entender como a Psicologia alcançou as políticas públicas de saúde no Brasil, é indispensável compreender o papel que o funcionalismo ocupou no âmbito do fazer psicológico durante as primeiras décadas do século XX. Daí que podemos entender a fragilidade com a qual penetramos esse mundo de prestação de serviços: quase nada maestrados pelo Estado, mas regulados apenas pelo mercado liberal - algo que afeta sobremaneira, inclusive, a técnica e o manejo de determinados acompanhamentos psicológicos que se consolidaram. Pois “quem nos paga”, determina - a longo prazo - que tipo de atividade profissional pode ou não ser oferecida no mercado de prestação de serviços.

No Brasil, as políticas de Estado em saúde mental praticamente não financiaram as práticas psicológicas por mais de seis décadas do século XX, e mesmo assim, de lá para cá, ainda hoje engatinham nesse movimento de contratação de psicólogos.

Com muita dificuldade sobreviveram as técnicas psicológicas que não foram financiadas pela iniciativa privada. Eis aí um importante papel que as universidades foram capazes de ocupar: desenvolver ciência psicológica, ainda que muitas vezes o conhecimento científico produzido nas universidades não pudesse ser diretamente aproveitado (ou “financiado”) na lógica de consumo de serviços psicológicos de seu tempo. Foi assim que se deu a “sobrevivência” de importantes estratégias de intervenção. As universidades que se ocuparam em formar psicólogos, sempre foram criticadas porque não atendiam diretamente aos anseios do “mercado”. Mas se não fosse desta forma, produziríamos apenas o conhecimento consumível em cada época, e jamais teríamos avançado para repensar nossos modelos antigos de medidas, as intervenções em grupos, os formatos de psicoterapia, os trabalhos em co-terapia, etc. Aliás, não teríamos hoje o *background* de conhecimentos para formar psicólogos aptos ao trabalho no SUS e às novas políticas de saúde mental brasileira.

Considerando o desenvolvimento científico da Psicologia de maneira geral, podemos dizer que ao mesmo tempo em que foi útil obter aplicação de conhecimento às questões cotidianas da sociedade, a origem dos financiamentos envolvidos influenciou de maneira determinante quais aplicações poderiam ser desenhadas. Esse processo – regulado pelo livre mercado – atendeu a demandas específicas e nada casuais no desenvolvimento histórico da Psicologia durante todo o século XX.

Desta forma, não é de se surpreender que a Psicologia tenha se prestado, durante longo período, a atender apenas a aplicações e perguntas de pesquisas oriundas do pensamento liberal, que pouco ou nada questionavam sobre o sistema e modelos de vida capitalistas, mas que, antes o contrário: questionavam a sanidade do sujeito que não se adequasse a esse sistema. Esse foi o papel ocupado pelo conceito de “normalidade” ou “sanidade mental” que se instalou junto ao que denominamos como *funcionalismo liberal* (Zurba, 2011a), ao longo do século XX em diferentes países do mundo. Como nos lembra Foucault, a contrapartida do conceito de normalidade foi o conceito de “anormalidade”, recorrentemente associada ao crime, de modo que a patologização deste conceito ocorreu a partir de uma nova economia do poder (Foucault, 2001).

Neste sentido, é impossível pensar em saúde coletiva sem levar em consideração o jogo político e econômico que sustentam determinadas estratégias de governabilidade. Na prática, a entrada da Psicologia no SUS, por exemplo, faz parte de um grande cenário nacional no qual se constituiu a reforma psiquiátrica a partir dos movimentos sociais, sendo que, na conjuntura destes, é importante mencionar o protagonismo do movimento anti-manicomial no país durante os anos 90.

A Psicologia está no SUS?

Sim, está. Mas o ingresso da Psicologia nas políticas públicas de saúde foi um processo lento, que ainda hoje se constrói em um terreno de muitas controvérsias e lógicas díspares. A própria noção do que vem a ser público ou privado no Brasil sofreu inúmeras contradições que superam as meras definições entre organizações da sociedade civil e o papel ideal do Estado.

Entre outras coisas, a Psicologia – de modo geral – tardou seu ingresso nas políticas públicas justamente porque seu pressuposto epistemológico, na origem, era associado ao pensamento liberal, baseado na

crença do livre arbítrio do homem a despeito das suas condições materiais de existência. A noção de individualismo, fortemente presente no pensamento liberal, foi companheira inseparável da psicologia aplicada norte-americana. Além disso - em nosso caso específico - o teor dos avanços científicos da psicologia aplicada em serviços privados de atendimento psicológico, no modelo de consultório, era favorável ao momento de governabilidade nos duros anos das ditaduras militares latinoamericanas. Spink (2003) aponta vários estudos sobre a organização do campo psicológico no Brasil, indicando que, pelo menos até o final da década de 80, podemos entender a emergência da psicologia enquanto “técnica de disciplinarização” no contexto brasileiro (idem, 2003: p.150).

Uma vez que a Psicologia transitou esse terreno pantanoso desde suas aplicações iniciais no Brasil durante os anos 50, era de se esperar que as práticas psicológicas tivessem muita resistência para ingressar às políticas públicas. Somente com o advento da Constituição de 1988, que previa o SUS, bem como após a promulgação do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 (Brasil, 1990), o psicólogo brasileiro encontrou caminhos de práticas psicológicas associadas à implementação de políticas públicas de saúde e de desenvolvimento social. Antes disso, boa parte das inserções sócio-comunitárias estavam relacionadas a atividades voluntárias isoladas ou a projetos universitários, ambos não-remunerados.

Certamente que o despontar da reforma psiquiátrica no Brasil foi um elemento determinante nesse novo cenário nacional que se organizava. Assim, as políticas públicas de implantação do SUS que surgiram durante os anos 90 emergiram precisamente no conluio das reflexões advindas durante o processo da reforma psiquiátrica, fortalecendo no país, de modo geral, a concepção de que os serviços substitutivos às internações psiquiátricas necessitavam do olhar processual de um profissional de saúde mental. Esse protagonismo foi traduzido na figura do psicólogo, capaz tanto de coordenar grupos, como de apoiar redes sociais ou intervir junto a pacientes em psicoterapia.

O ingresso do psicólogo brasileiro no contexto hospitalar (tanto hospitais psiquiátricos como gerais) colaborou para o processo de consolidação do profissional como parte das equipes de saúde (Angerami-Camon, 2006). Subentende-se, dessa imagem, o ingresso em um contexto institucional, que rompia com a primazia do paciente como propriedade do psicólogo, perspectivando um papel de co-responsabilidade no contexto das equipes interdisciplinares.

A beleza da inovação paradigmática não deixou de traduzir-se, contudo, como um choque. Aprofundavam-se as discussões teóricas sobre as possibilidades de aplicações clínicas em diferentes contextos, desde o papel da transferência psicanalítica ao desempenho geral do psicólogo no âmbito dos acordos éticos de sigilo e co-responsabilidade pelo paciente junto com a equipe hospitalar. Um universo novo que se abria e ao mesmo tempo forçava um relevante debate interno disciplinar, algo que iniciou de modo mais consistente ao final dos anos 80 e adquiriu um caráter contundente ao longo dos anos 90 e durante toda a última década – justamente quando as leis regulamentadoras estabeleciam cargos de psicólogos em diferentes contextos da saúde, a partir dos aprimoramentos na implantação do SUS e das políticas de saúde mental.

Novas questões apareciam. Onde ficava o papel simbólico da remuneração na interação clínica? O psicólogo, enquanto clínico, poderia ser um assalariado contratado pelo Estado para atender em políticas públicas?

Então, afinal, de que “Psicologia” estamos falando? Ora, se não estávamos mais propondo modelos pautados pelo *mercado regulador*, mas pelo *Estado regulador*, que novas possibilidades de práticas poderiam se abrir?

O novo mercado regulador das práticas psicológicas

As práticas psicológicas contemporâneas foram profundamente afetadas pelo ingresso do fazer psicológico nas políticas públicas de modo geral, especialmente no contexto da saúde. O deslocamento de eixo disciplinar - inicialmente focado nas demandas capitalistas justificadas pelo funcionalismo - passou a sofrer nos últimos anos uma inversão lógica importante. Uma vez que as políticas públicas passaram a contratar um número expressivo de psicólogos no Brasil, a prática profissional que antes era majoritariamente formada por uma legião de profissionais liberais, passa a ser expressivamente composta por profissionais contratados em cargos públicos: principalmente postos de saúde e CAP's (Centros de Atenção Psicossocial). Neste sentido, as demandas abordadas pelos psicólogos passaram a incluir novos atores que buscam cuidados em saúde mental: o enfermo sem família, a pessoa de baixo poder aquisitivo, os problemas relacionais decorrentes de déficits cognitivos severos, entre outros.

Por outro lado, o fato histórico de que a psicologia científica havia ocorrido a partir da modernidade permitiu que a prática psicológica se

estabelecesse sob uma zona de conforto - no âmbito dos profissionais liberais. Contudo, atualmente, junto como a quebra de perfil do profissional estritamente liberal, também o marco do pensamento cartesiano - desde onde apoiávamos nosso método clínico (Foucault, 1998; 1999), mostra-se irreversivelmente abalado.

Em suma, as práticas psicológicas começam a vaziar pelas frestas do pensamento liberal, dualista e unicausal no qual se consolidou a própria modernidade. Assim, nos últimos anos, com o ingresso da Psicologia nas políticas públicas de saúde, encaramos a inexorável condição de revisar nosso paradigma epistemológico, sob o risco de ofuscar nosso ingresso na história do pensamento científico através de uma curta trajetória.

Afinal, a ciência dita moderna continua sendo pragmática, de modo que o conhecimento psicológico no contexto da saúde precisou, antes de tudo, demonstrar que era aplicável e útil às populações identificadas nos estudos epidemiológicos.

Ainda hoje não podemos falar em “unidade” epistemológica na Psicologia, mas certamente que a inserção nas políticas de saúde nos conduziu, pelo menos, ao convívio com a ideia de “integração” epistemológica entre os diferentes saberes psicológicos. Assim, ao passo que historicamente as grandes teorias psicológicas eram vistas como tentativas de discursos universais sobre o homem, hoje as diferentes influências teóricas co-habitam as mesmas instituições de saúde, escrevem nos prontuários dos mesmos pacientes, e necessitam de maneira inexorável encontrar alguma janela de diálogo. Essa condição de interlocução entre as diferentes teorias psicológicas tem se mostrado um fenômeno relevante na formação epistemológica da área, de modo que as teorias cada vez menos se pretendem universais na explicação de fenômenos psicológicos, mas, sobretudo, contribuições complementares para a compreensão de realidades complexas.

Além disso, não se pode negligenciar o fato de que as políticas públicas, ao criarem vagas de emprego para o psicólogo, atuaram também como mercado regulador, sob a insígnia do mercado de trabalho. Ou seja, a quebra com o modelo hegemônico do profissional liberal de psicologia não consistiu, na verdade, em nenhuma revolução de classe. Contudo, certamente nos ancorou para uma maior aproximação às demandas historicamente reprimidas pelas populações marginalizadas nos processos sócio-econômicos, de modo que a população obteve - de maneira geral - maior acesso à atenção integral em saúde mental e cuidados psicológicos.

Outro aspecto desse momento histórico, é que a entrada nos cargos públicos de saúde impactou a formação profissional na medida em que a grande maioria das vagas não foram - nem tem sido - ofertadas para especialistas nesta ou naquela teoria, mas sim para a figura de um presumido psicólogo “generalista”, sem qualquer predicativo que o qualifique. Assim, se por um lado as políticas públicas produziram resultados significativos no caminho de uma integração epistemológica na área teórica, é também verdade que não têm valorizado as diferentes especificidades de atuação do psicólogo em seus campos (psicólogo social, clínico, educacional, etc). Em nosso levantamento de dados, por exemplo, não identificamos nenhum concurso público no Brasil que tenha incluído em seu Edital para psicólogo em hospitais, qualquer pré-requisito de especialidade em psicologia clínica ou hospitalar. (Este levantamento foi parte de uma pesquisa concluída que realizamos a partir do Departamento de Psicologia da UFSC, intitulada “Psicologia e SUS: um estudo sobre os fazeres psicológicos nas políticas públicas de saúde” - Zurba, 2009). A gravidade desse procedimento reside no fato de que, em muitos casos, o profissional selecionado – cujo processo de seleção foi apoiado basicamente em provas escritas - pode-se mostrar inapto no processo de atendimento a pacientes.

Porém, a despeito de qualquer dificuldade na consolidação do papel profissional do psicólogo junto às políticas públicas de saúde, vale ressaltar que este é um momento histórico muito peculiar e recente, apontando muitos indícios de que se trata de um momento de transição.

Considerações Finais

Um dos grandes impulsos que a saúde pública vem oferecendo à Psicologia nos últimos anos é a necessidade constante de interlocução interna e também interdisciplinar, forçando-nos a uma quebra paradigmática importante. A quebra reside no ponto de partida: toda atenção psicológica em saúde depende de um olhar sociológico sobre a constituição de sujeito e produção de sintomas, o que tem nos levado a superação de modelos lineares e pretensamente universais na explicação dos fenômenos psicológicos.

De toda forma, o que descrevemos neste capítulo, é uma maneira de entender o processo de transição que estamos vivendo com a entrada disciplinar na saúde coletiva. Por outro lado, a História nunca é “a verdadeira”, mesmo quando não é “falsa”. Ela não se presta a este tipo de classificação,

pois ela não é um fato, nem uma seqüência deles. Ela somente pode ser construída a partir de narrativas sobre um conjunto de fatos - não lineares - que assumem significados *a posteriori*. Portanto, a história é um processo que se transforma em narrativa. Neste sentido, o processo histórico é dinâmico e coerente, possibilita incontáveis oportunidades e desfechos, segundo a inexorável liberdade do homem em produzir-se a si mesmo. Podemos, assim, entender a “lógica histórica” (Thompson, 1981). A “história” também é um espaço de subjetivação que suscita determinantes em nossos mundos e escolhas. É no processo histórico que podemos identificar as possibilidades e limitações que influenciaram modelos de produção de conhecimento durante o desenvolvimento da humanidade. Foi assim como o conhecimento psicológico também.

Na história das práticas psicológicas, observamos que inúmeros determinantes suscitaram modelos, enterraram outros, e fortaleceram paradigmas que hoje entendemos como “verdadeiros” na Psicologia contemporânea. Assim, quando nos indagamos sobre quais modelos de Psicologia podemos realizar no Brasil de hoje, precisamos nos remeter ao processo histórico que nos constituiu. E é dessa forma que nosso olhar necessita repousar sobre a história de nossa “latinoamericanisse”, sobre a nossa marginalidade global, nossa reforma psiquiátrica inconclusa, bem como sobre nossa criatividade cultural.

Não é por acaso que a Psicologia é tão necessária no SUS.

Referências

- ANGERAMI, **Psicologia da Saúde**. São Paulo: Thomson Learning. 2006.
- ARISTÓTELES. **De Anima**. Originalmente publicado entre 384-322^a.C. Tradução de Maria Cecília Gomes dos Reis, São Paulo: ed. 34. 2006.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei no. 8.069 de 13 de julho de 1990 (ECA). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm> . Acesso em: 10 out 2010.
- BROSEK, J. & Massimi, M (orgs.) **Historiografia da Psicologia Moderna**. São Paulo: Loyola, 1998.
- CAMPOS, G.W. de Sousa; Minayo, M.C.S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y.M. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

CAMPOS, R.H.F. & Nepomuceno, D.M. **O funcionalismo europeu:** Claparède e Piaget em Genebra, e as repercussões de suas ideias no Brasil. Em: Jacó-Vilela, A.M.; Ferreira, A.R.L. & Portugal, F.T. (orgs.) *História da Psicologia: Rumos e Percursos*, cap.15, p.243-264, Rio de Janeiro: Nau Editora. 2007.

CARVALHO J.J. **O olhar etnográfico e a voz subalterna.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre: ano 7, n. 15, p. 107-147. 2001

CASTO, A.C.; Portugal, F.T. & Jacó-Vilela, A.M. **História da psicologia em combustão:** uma crítica bakhtiniana às apropriações historiográficas no Brasil. Memorandum, 18, 95-106. Disponível em: < <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a18/casporjaco01.pdf>> Acesso em: 06 nov. 2010

CHOMSKY; N. & Dieterich, H. *Latina American – From Colonization to Globalization.* New York, Melbourn, Ocean Press. 1999.

CIORNAI, S. **Gestalt- Terapia no Brasil Apresentado na mesa Gestalt -**terapia na América Latina, II Congresso AAGT – Association for the Advancement of gestalt Therapy, San Francisco, EUA, 1997. Disponível em: <http://www.gestaltsp.com.br/textos/gestalt_terapia_no_brasil.htm> Acesso em: 25 mai. 2010.

COIMBRA, C.M.B. (1999) **Práticas psi no Brasil do milagre:** algumas de suas produções. Jacó-Vilela, A.M.; Jabur, F. & Rodrigues, H.B.C. *Clio-psuché: histórias da psicologia no Brasil.* cap.6, Rio de Janeiro: UERJ, NAPE. Disponível em:<<http://www.cliopsyche.uerj.br/livros/clio1/praticaspsino-brasildomilagre.htm>>. Acesso em: 24 mai. 2010.

D'AMBRÓSIO, U. **Modernidade, pós-modernidade e educação:** educação nas Ciências, p.103-116. Ijuí: Unijuí, 2001.

EINSTEIN, A. & Infeld, L. **A Evolução da Física.** Trad. Giasone Rebuá, Rio de Janeiro: Zahar.(Originalmente publicado em 1960). 2008.

EVANS, K. **Living in the 21st Century:** A Gestalt Therapist's Search for a New Paradigm *Gestalt Review*, 11(3): 190-203. 2007.

FECHNER, G.T. **Elements of Psychophysichs.** New York: Holt, Rinehart and Winston. (Original work published 1860). 1978.

_____. **Da anatomia comparada do anjos.** (originalmente publicada em 1891), tradução de Paulo Neves, São Paulo: ed. 34. 1988.

FERREIRA, A.A.L. **O surgimento da psicologia e da psicanálise nos textos da genealogia foucaultiana.** Memorandum, 10, 71-84. 2006. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/ferreira03.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2010.

FIGUEIREDO, L.C. **Matrizes do Pensamento Psicológico.** 8ª.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. (Original publicado em 1991). 2000.

FOUCAULT. M. **Problematização do sujeito:** Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. (Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro) Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Originalmente publicada em francês, em 1985). 1999.

_____. **Os Anormais.** (Tradução de Eduardo Brandão) São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicada em francês, em 1981). 2001.

GEWEHR, C. de Fátima. **Psicologia Social desde América Latina:** o desafio de uma possibilidade. 225p. Tese Apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, PUC-SP, orientação Profa. Dra. Maria do Carmo Guedes. 2010.

GIORDANI, M. C. **História do Mundo Árabe Medieval.** Petrópolis:Vozes, 1976.

GUEDES, M.C. **A Viagem Histórica pela América Latina:** Psicologia & Sociedade; 19, Edição Especial 2:39-45. 2007.

JAMESON, F. **Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio.** 2ª ed. (Tradução de Maria Elisa Cevasco) São Paulo: Ática. (Original publicado em inglês, 1991). 1997.

JOVICHELOVICH, S. **Representações sociais e esfera pública.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MASSIMI, M. & Guedes, M.C. (orgs.) **História da Psicologia no Brasil:** novos estudos. São Paulo: Cortez, EDUC. 2004.

MASSIMI, M. **O processo de institucionalização do saber psicológico no Brasil do século XX.** Em: Jacó-Vilela, A.M.; Ferreira, A.A.L. & Portugal, F.T. *História da Psicologia: rumos e percursos.* Cap.9; p159-168, Rio de Janeiro: Nau, 2007.

MOFFAT, A. **Psicoterapia do Oprimido.** (Tradução de Paulo Esmanhoto) 7ª ed., São Paulo: Editora. (Original publicado em 1981). 1991.

MUELLER, F.L. **História da Psicologia.** Tradução de Almir de Oliveira Aguiar; J.B. 1978

DAMASCO, Penna; Lólio L. de Oliveira; Maria Aparecida Blandy. 2ª ed., São Paulo: Cia Ed. Nacional. (Original publicado em francês, 1976).

OLIVEIRA, C.I.; Pires, A.C.; Macedo, R.G. & Siqueira, A.T.E. (2006). **A antropologia paulino-agostiniana: a criação do paradigma da ambivalência do eu-moral e a interpretação do binômio saúde-doença.** Memorandum, 10, 09-32. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/oliveira01.pdf>. Acesso em 10 out. 2010.

ROCHA, G. R. **História do Atomismo: como chegamos a conhecer o mundo como o concebemos.** Belo Horizonte: ed. Argumentum, 2007.

SCHULTZ, D.P. & Schultz, S.E. **História da Psicologia Moderna.** tradução da 9ª. Edição norte-americana. (Tradução de Suely Sonoe Murai Cuccio) São Paulo: Thomson Learning. (Original publicado em inglês, 2008). 2009.

SPINK, M.J. **Psicologia social e saúde.** Petrópolis, Vozes. 2003.

THOMPSON, E. **A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser** (Traduzido por Waltensir Dutra), Zahar, Rio de Janeiro: 1981. (Originalmente Publicado em inglês, 1978).

TOURAINÉ, A. **Palavra e sangue: política e sociedade na América Latina.** (Tradução de Iraci D. Poleti) São Paulo: Trajetória Cultura; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas. (Original publicado em francês, 1988). 1989.

VIGOTSKI, L.S. **Teoria e método em Psicologia**. (Tradução de Cláudia Berliner) 3ª. ed. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em russo, 1982), 2004.

ZURBA, M.C. **Psicologia e SUS: um estudo sobre os fazeres psicológicos nas políticas públicas de saúde**. (Não publicado). Projeto de pesquisa acessível junto ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

_____ (2011a). **A história do ingresso das práticas psicológicas na saúde pública brasileira e algumas consequências epistemológicas**. Memorandum, 20, 105-122. Disponível em <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a20/zurba01>> . Acesso em: 20 dez. 2011.

_____ (2011b) **Contribuições da Psicologia Social para o psicólogo na saúde coletiva**. Psicol.Soc. vol.23 no.spe Florianópolis. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400002&lang=pt.



PSICOLOGIA E SAÚDE
COLETIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Parte

1





O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A CLÍNICA AMPLIADA

Joselma Tavares Frutuoso

Bárbara Saur

Neste capítulo será apresentada uma breve contextualização da criação do SUS e alguns contrapontos entre o modelo de clínica tradicional e o da clínica ampliada, bem como o duplo papel do psicólogo - especialista e generalista - no SUS.

Breve panorama da criação do Sistema Único de Saúde –SUS

No Brasil, nas as últimas décadas foram marcadas por significativas transformações no sistema de saúde. Durante o Governo Militar, na década de 70, o Brasil vivia um regime de concentração do poder e autoritarismo. As políticas públicas em saúde e saúde coletiva tinham o foco na saúde do trabalho, na ausência de doença das pessoas aptas para o trabalho ou com carteira de trabalho assinada. Basicamente o acesso à saúde ocorria em três categorias: 1- setor privado, utilizado por indivíduos de classe econômica alta; 2- planos de saúde, utilizado por pessoas assalariadas de classes médias; e 3- serviços públicos para os trabalhadores que pagavam a previdência social, impostos recolhidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Uma grande parcela da população, àqueles sem carteira de trabalho assinada, trabalhadores rurais e autônomos não tinham acesso aos serviços em saúde pública (FALEIROS et al, 2006). A ausência de políticas públicas efetivas

para a saúde foi fortemente criticado no Movimento da Reforma Sanitária, cujas proposições apontavam, basicamente, para a construção de uma nova política de saúde que fosse democrática e considerasse a descentralização, universalização e unificação como componentes imprescindíveis a saúde coletiva da população brasileira.

As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, do Movimento da Reforma Sanitária juntamente com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 propiciaram radicais mudanças no sistema de saúde brasileiro. No final da década de 80, na Constituição Federal, pela primeira vez, constava uma sessão exclusivamente dedicada à saúde com destaque para o **Art. 196**. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988. p.91). Este artigo foi precioso para o rumo da saúde pública no Brasil, pois a saúde passou a ser reconhecida oficialmente como um direito de cidadania, garantida a todos os brasileiros, dois anos de depois “nasce” o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90. Sendo sua concepção de caráter público, devendo ser um sistema integrador de promoção à saúde, prevenção de saúde, de tratamento e assistência à saúde, sob a responsabilidade das esferas do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

Organização e doutrina do SUS

A organização do SUS está pautada em alguns princípios como: a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 1990).

Na descentralização houve a redistribuição das responsabilidades quanto aos serviços e ações de saúde entre os três níveis de gerência (federal, estadual e municipal) fortalecendo os município, transferindo encargo de gestão em saúde para as secretárias municipais de saúde. Desta forma a gestão em saúde ficou descentralizada, uma vez que o Ministério da Saúde definiu competências e responsabilidades específicas à União, Estados, Distrito Federal e municípios: “o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região

estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal” (Brasil, 1990, p. 7).

A regionalização orienta a descentralização. Ela demarca e define a população a ser atendida e os espaços territoriais onde serão desenvolvidas as ações de atenção a saúde nos três níveis (básica/primária, secundária e terciária). Cada região de saúde é delimitada em territórios, os serviços oferecidos também devem ser organizados conforme as demandas e características do território, de maneira hierarquizada, em níveis de complexidade tecnológica (BRASIL, 1990).

A participação popular prima pela transparência e controle dos recursos públicos aplicados na saúde. O dispositivo para que isto é chamada de **controle social**, onde a população diretamente ou via seus representante participam da formulação das políticas de saúde e na fiscalização e execução de ações e serviços em saúde, através dos Conselhos de Saúde, Conferências em saúde, associações de moradores, conselhos comunitários, etc. (BRASIL, 1990). O usuário é pertencente a uma comunidade, ele tem deveres e direitos, é protagonista e não um receptor passivo dos benefícios do sistema de saúde.

O SUS foi instaurado como um sistema de abrangência nacional, visando o reordenamento e à democratização das ações e serviços em saúde para todos os cidadãos, inclusive, estrangeiros em território brasileiro. A filosofia de criação do SUS está baseada em três princípios doutrinários: integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 1990).

A universalidade refere-se à garantia de atenção a saúde a todos os cidadãos, o acesso de qualquer pessoa a todos os serviços públicos de saúde. A Equidade diz respeito à disponibilidade sem distinção de cor, sexo, nível educacional etc. das ações e serviços oferecidos aos usuários conforme a complexidade exigida em cada caso. Visa à diminuição das desigualdades por meio de um atendimento justo e apropriado para cada condição, sem julgamentos, preconceitos ou privilégios. Respeito à igualdade de direitos de todos os cidadãos e imparcialidade ao oferecer o atendimento no SUS. A integralidade é operacionalização do fluxo necessário entre os três níveis de atenção à saúde (nível básico, secundário e terciário). O conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, reconhecendo o homem como ser integral, biopsicossocial (BRASIL, 1990).

Alguns contrapontos entre a clínica tradicional e clínica ampliada

Diante de tantos avanços na legislação (leis para criação do SUS) na área de atenção à saúde. O SUS ainda se defronta com algumas dificuldades. Entre elas, destacamos a fragmentação da metodologia de trabalho presente na práxis dos diferentes profissionais; à complexa e, às vezes, precária interação entre os membros das equipes de saúde; o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva (cognições, emoções e sentimentos) dos usuários; a participação social, refletindo num baixo controle social sobre gestão do SUS; e num modelo de atenção e cuidado centrado na vinculação sintoma-doença-medicação vestígios de praticas clinicas tradicionais na saúde (Brasil, 2006).

Na clinica tradicional o foco de sua atuação está na doença, na enfermidade, procurando identificar, isolar e combater o agente patológico para tratar e se possível curar o paciente. Esta forma de “fazer clinica” predomina a visão puramente biomédica e medicamentosa. Suas ações e serviços são focados no tratamento da doença. Entretanto, o conceito de saúde não é só ausência de doença, e sim um “fazer clínico ou a uma prática clinica” que incorpora no projeto terapêutico outros saberes. Assim o conceito clinica ampliada surge não para desvalorizar o saber biomédico, mas para junto com este saber incorporar outros saberes ao processo de saúde-doença. Pois, o ser humano está sob influência de multifatores de vários aspectos da sua história de vida, com repercussão direta ou indireta no seu processo de saúde-doença. Na clinica tradicional o indivíduo não é contemplado em seus diversos aspectos. Cada sistema do seu organismo é examinado individualmente, por profissionais diferentes, não ocorrendo uma unicidade no diagnóstico e na intervenção terapêutica para construir um projeto terapêutico multi e interdisciplinar.

Sabemos que a perspectiva dos serviços de saúde, durante estes últimos 20 anos de criação do SUS está pautada em seus princípios doutrinários que considera o indivíduo integral, resultado da combinação de fatores sociais, biológicos e biomédicos. Entretanto, ainda encontramos discursos e práticas sob a ótica puramente biomédica, de supervalorização do diagnóstico e da terapia medicamentosa, observando o indivíduo unicamente em seus aspectos biológicos. Esse fato torna o médico centralizador de todo o saber na clínica “curativa”. Deste modo, tornou-se comum reduzir o paciente a um recorte diagnóstico, abordando-se mais a doença que o

indivíduo. Essa biologização impera na clínica tradicional, onde também se pode observar a fragmentação do indivíduo, o qual é tomado como um ser composto por elementos que, ocasionalmente, seriam vistos como interdependentes. O organismo é separado parte por parte, e cada parte separada do todo (CUNHA, 2004).

Os princípios doutrinários instigam nosso olhar para as potencialidades dos diferentes profissionais para atuações em equipe que de fato privilegiam a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade dos saberes em prol do bem-estar e saúde das pessoas. A clínica ampliada surgiu a partir da necessidade de considerar o indivíduo em todos os seus aspectos (bio-psi-social), valorizando o seu protagonismo e o poder do controle social.

Desafios e promessas da clínica ampliada na atenção à saúde

Um dos grandes desafios do SUS a ser vencido é a falta de integração dialógica entre as distintas especialidades de uma equipe num mesmo serviço de atenção à saúde e a crescente fragmentação do trabalho clínico, principalmente no que se refere aos cuidados com a saúde do usuário nos três níveis de atenção. Além da reformulação dos currículos voltados para formação de profissionais comprometidos com a lógica de funcionamento do SUS. Frequentemente, um profissional perito fica responsável por cada etapa do processo diagnóstico ou do tratamento, de acordo com a demanda do caso e da especialidade do profissional (CAMPOS e AMARAL, 2007). Esta fragmentação do processo terapêutico precisa ser evitada, precisamos desenvolver a convicção que várias profissões da saúde podem e devem atuar no mesmo caso, ampliando e diversificando o número de profissionais de saúde envolvidos com ações e serviços em saúde.

Na clínica ampliada, se altera a concepção de doença, a compreensão de sujeito considerar as dimensões sociais e subjetivas, e não apenas em seus aspectos biológicos (CAMPOS e AMARAL, 2007). Segundo Cunha “[...] a construção da clínica ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico possam ser compreendidos e trabalhados” (2004, p. 27).

Diversos aspectos da vida de uma pessoa, como cultura, trabalho, educação, moradia, violência, condições emocionais etc. a que está exposta afetam seu processo de saúde/adoecimento. Sendo assim, a clínica ampliada

objetiva proporcionar um tratamento mais abrangente, acrescentando outras formas de atenção à saúde, em que o atendimento se expande e são explorados outros recursos terapêuticos, além da terapia medicamentosa. A concepção de clínica ampliada, além do tratamento da doença, inclui promoção e prevenção, o contexto e o próprio sujeito portador da enfermidade, abrangendo os aspectos sociais, biológicos, subjetivos e outros que possam estar envolvidos (Cunha, 2007, p. 7).

Não obstante, visto ser cada vez mais necessário dialogar com o sujeito portador da enfermidade, na clínica ampliada institui-se a co-responsabilização dos clínicos (profissionais de saúde) e do usuário promovendo vínculos entre os profissionais e os pacientes. A proposta é que ambos sejam protagonistas, reconheçam-se mutuamente como sujeitos, possibilitados de expressar-se e de agir e interagir dialeticamente (FERIGATO e BALLARIN, 2007).

Na clínica tradicional a terapêutica é de maneira unidirecional, com o doente recebendo passivamente a intervenção médica, onde a racionalidade é fundamentada na verticalidade do poder, que está concentrado e é imposto de quem trata sobre quem é tratado (FERIGATO e BALLARIM, 2007). Na clínica ampliada o projeto terapêutico deve ser estabelecido em comum acordo entre profissional da saúde e paciente, que deve sentir liberdade de interferir e questionar o tratamento proposto pelo profissional ou equipe de saúde, uma vez que passará a interferir na sua vida. Para Cunha (2004, p. 164) o objetivo terapêutico deve ser evidenciado na “[...] *co-produção de projetos terapêuticos em conjunto com o paciente que levem em conta o maior número de variáveis (não só a biológica), e a opinião do Sujeito interessado*”.

Processo terapêutico, sob a perspectiva da clínica ampliada, além do profissional atentar-se para a opinião do paciente e tentar abranger o maior número possível de variáveis presentes no seu cotidiano, também deve buscar desenvolver, ou aumentar, a autonomia do indivíduo através de sua capacidade de entender a si mesmo e ao seu mundo. De acordo com Ferigato e Ballarin (2007, p. 5), “o fortalecimento dos sujeitos só é possível a partir do momento em que são ampliadas suas capacidades de análise e de intervenção nas atividades ou processos em que estão inseridos.” Dessa forma, não há a remoção da terapêutica medicamentosa ou da competência médica, mas será a partir deles e dos diversos recursos disponível na clínica ampliada que o próprio indivíduo fará seu movimento de cura (CUNHA, 2004).

A clínica ampliada, portanto,

“[...] assume uma responsabilidade muito maior do que tratar ‘o doente e não a doença’. Trata-se de reconhecer um compromisso com o Sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. Trata-se de uma clínica que se abre para perceber e ajudar o Sujeito doente a construir sua percepção, sobre a vida e o adoecimento. Para isso, a própria clínica tem que se reconhecer enquanto instrumento de uma instituição muito forte (instituição médica), manipulando saberes e classificações diagnósticas de grande repercussão para os Sujeitos que se submetem a ela, e deve desenvolver a competência de utilizar os poderes que possui e desenvolve na relação terapêutica a favor da autonomia dos Sujeitos” (CUNHA, 2004, p. 73-74).

Este é um novo formato de trabalho, distinto das práticas tradicionais em saúde para lidar com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade dos fatores envolvidos no processo de saúde-doença. Assim, a clínica ampliada é uma prática legitimada no apoio ao trabalho desenvolvido em equipe em prol do cidadão que deve integrar os diversificados saberes e competências dos profissionais de saúde aliados aos recursos territoriais (centro de saúde, conselho comunitário, quadras de esporte, espaços religiosos, espaços culturais, instituições educacionais etc.). Sua proposta é articular saberes e perspectivas de diferentes disciplinas do processo saúde-doença, aprimorando o atendimento e o tratamento. O trabalho em equipe multi e interdisciplinar possibilita uma abordagem mais integral e eficaz, uma vez que todos os aspectos da vida do indivíduo podem ser considerados (BRASIL, 2010).

É necessário, periodicamente, reuniões de equipe para a troca de informações entre os profissionais e a construção conjunta do projeto terapêutico. Nas reuniões ocorre discussão de casos, troca de experiências, compartilhamento sentimentos e expectativas sobre os casos. Trata-se de um espaço de diálogo e de resolução de conflitos, onde todos os integrantes da equipe podem expressar sua opinião, possibilitando a participação ativa de todos nas atividades e decisões (CUNHA, 2004). Para que tudo isto ocorra é indispensável dois arranjos organizacionais ou metodologias de trabalho, a saber: o apoio matricial e a equipe de referência. De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 402) estes dois arranjos se dar de “modo para se realizar a gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento”.

A equipe de referência é responsável por um determinado caso, que pode ser individual, familiar ou comunitário, ao longo do tempo, buscando manter

uma relação longitudinal com os indivíduos sob seus cuidados. Assim, essa equipe acompanha o indivíduo ao longo de todo o seu tratamento na instituição de saúde, providenciando outros serviços ou a intercessão de outros profissionais, conforme a demanda do paciente (CAMPOS e AMARAL, 2007). Ela é composta por diversos profissionais, de diferentes áreas, que se responsabilizam por um mesmo caso, com objetivos comuns. Através de diferentes modos de intervenção, esses profissionais são responsáveis por um conjunto de tarefas e pelo cuidado de determinados pacientes. Para que o atendimento integral proposto possa ocorrer é necessário manter respeito e equilíbrio do poder entre os profissionais de saúde membros da equipe. As decisões sempre são tomadas entre o grupo, onde a opinião e o ponto de vista de todos são considerados (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O Matriciamento é uma ferramenta que busca aumentar a resolutividade dos problemas enfrentados pelas equipes de referência em Estratégia da Saúde da Família –ESF. Quando necessário o apoio matricial auxilia os profissionais de saúde individualmente, bem como dá assistência as equipes de referência, lhes oferecendo ajuda técnico e/ou pedagógico. De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 3).

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso.

O apoio matricial tenta instituir coordenação, comunicação e integração entre as distintas especialidade e profissões, criando um espaço onde haja comunicação ativa e funcional entre os membros da equipe e oportunizando o compartilhamento de informações e conhecimentos entre apoiadores e profissionais da equipe de referência. Ao mesmo tempo, o apoiador busca arquitetar projetos de intervenção de maneira conjunta com a equipe de referência, assegurando que as decisões sejam compartilhadas (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Assim, tanto equipe de referência como o apoio matricial objetivam promover a integração técnica e dialógica de profissionais das diversas especialidades, procurando diminuir a fragmentação conferida ao processo de trabalho decorrente do aumento de especializações na área da saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Atingido esses objetivos, facilita-se a

ocorrência de maior humanização da gestão e da atenção em saúde, havendo, ainda, a compreensão ampliada do processo saúde-doença. Estes aspectos na atenção à saúde da população mostram-se essenciais para que haja o atendimento integral à saúde do usuário, proporcionando-lhe não somente o bem-estar físico, advindo do tratamento biológico, mas também bem-estar psicológico e social, devido à abrangência do cuidado para com todos os âmbitos de vida do paciente que busca atendimento no Sistema Único de Saúde.

O funcionamento do SUS ‘tira o poder’ do médico, pois a saúde é cuidada por vários profissionais. No SUS o Psicólogo é um profissional especialista quando atua em policlínica (segundo de atenção à saúde) e nos hospitais (terceiro nível), sendo também generalista quando atua no primeiro no centro de saúde (primeiro nível de atenção a saúde).

O psicólogo na rede SUS quando contratados para trabalhar nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem esse duplo papel. Ele desenvolve ações específicas no nível secundário de atenção à saúde (Ex. nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e policlínicas). E no nível da atenção básica à saúde ao prestar assessoria, via matriciamento, aos profissionais das equipes mínima de saúde da família planejando e executando ações e serviços na atenção primária (ex. equipes de Estratégia de Saúde da Família -ESF). Diante do exposto, defende-se a importância de repensar o papel do psicólogo e a necessidade de contratação de um número maior de psicólogos, via NASF, e quem sabe efetivação do psicólogo como membro da equipe mínima de saúde, podendo trabalhar mais freqüente e assiduamente com as várias equipes mínimas de saúde de cada território. Para tanto as universidades precisam investir na formação de profissionais da saúde comprometidos com as políticas públicas e voltados para possibilidades de atuação no SUS.

Referências

BRASIL. **Constituição**, 1988.

_____. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 10p. Disponível em: <<http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>>

_____. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>

_____. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p. Disponível em: <<http://www.pqv.unifesp.br/conceitode-clinicaampliadaadail.pdf>>

_____. **O SUS de A à Z:** Garantindo Saúde nos Municípios. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 481p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>

_____. **SUS:** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol. 23, n.2, pp. 399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

FALEIROS, Vicente de Paula (Org.). **Construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FERIGATO, Sabrina Helena; BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões. **A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito:** um debate ético-filosófico. Centro Universitário São Camilo. 2007, 1(1), p. 53-60. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_clinica_como_instrumento.pdf>

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS:** uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA JUNTO A EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA REUNIÃO DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA: relato de experiência

*Carmen L. Ojeda Ocampo Moré
Eliza Gonçalves de Azevedo
Moisés Martins Tosta Storti*

O contexto da atenção básica no Brasil constitui-se num cenário de convergência de possibilidades e desafios para acolher as demandas de saúde. Por sua vez, as ações de saúde desenvolvidas nesse cenário representam um esforço para que a proposta do Sistema de Saúde brasileiro se consolide e se torne mais eficiente, no sentido de fortalecer os vínculos entre profissionais e usuários, assim como efetivar o acesso universal, integralidade no cuidado e assistência à população. As possibilidades efetivas presentes nesse cenário, e de acordo com Ayres et al. (2003), se dão na medida em que a Atenção Básica é responsável por realizar as articulações intersetoriais e promover a incorporação de novos cenários, sujeitos e linguagens na assistência à saúde. Com a ênfase na promoção da saúde, ângulo principal das ações neste contexto, os aspectos psico-socio-culturais presentes no processo de adoecimento ganham impulso para pensar e sustentar estratégias, tanto de promoção como também de prevenção de agravos à saúde. Por outro lado, a noção de vulnerabilidade, segundo o autor acima mencionado, retoma aspectos contextuais e institucionais e conclama a interação entre diferentes campos do conhecimento.

Os grandes desafios desse cenário gravitam em torno dos esforços de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, o qual ainda enfrenta muitos obstáculos para atingir os princípios da universalidade, equidade e de participação da população, além da necessidade constante do desenvolvimento do caráter interdisciplinar e intersetorial das ações.

Segundo Gazinelli et al, (2005), além da expectativa do cuidado e da integralidade da atenção, a Atenção básica tem como tarefa principal o reconhecimento dos problemas de saúde de uma determinada comunidade. Para isto, faz-se necessário que os serviços se organizem, tanto para atender às ações esperadas, como também para a realização de um trabalho educativo, que, em muitas vezes, extrapola o campo de formação profissional. Por ser a principal porta de entrada do usuário e pela proximidade do vínculo com o mesmo, as ações dos profissionais de saúde precisam ser observadas à luz do sistema de saúde, como possibilidades e por sua vez, integrar valores, costumes, modelos e símbolos sociais, que configuram novas condutas e práticas de saúde.

Para auxiliar nesse processo de reorganização, vários programas foram sendo desenvolvidos e entre eles está o Programa de Saúde da Família (PSF) o qual se constituiu numa real estratégia organizacional e de acolhimento da porta de entrada do usuário no sistema. O âmago desta estratégia é a produção de vínculo e laços de corresponsabilidade entre profissionais e usuários em torno das necessidades e prioridades de saúde de uma comunidade. Para isto, a presença de equipes multidisciplinares que envolvam diferentes profissionais torna-se uma necessidade para poder acolher, de diferentes ângulos, a complexidade das demandas. Nessa perspectiva, a menor célula profissional próxima da população é constituída pelo que se denomina de *equipe básica*, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde, sendo que cada equipe é responsável por diferentes áreas de abrangência comunitária. (BRASIL, 2011)

É neste cenário complexo de possibilidades e desafios da Atenção Básica que o Psicólogo vem contribuindo com seu saber e fazer, tanto na organização como no acolhimento das ações de saúde. É mister mencionar que, na década de 2000, observou-se o reconhecimento e participação de expressiva quantidade de Psicólogos atuando no sistema de Saúde Pública no Brasil. Por sua vez, considera-se que a formação do profissional da Psicologia não acompanhou o rápido crescimento, como demanda desse novo cenário de atuação profissional, principalmente, no sentido do desenvolvimento de

uma postura multi e interdisciplinar que favorecesse a integração *nos* diálogos da saúde, *do* saber psicológico.

Considera-se que isto está em plena construção e seu avanço singular está presente na mudança das ênfases curriculares dos cursos de psicologia de um modo geral, sendo a saúde uma das ênfases de formação necessária do profissional de psicologia.

Com relação a isto, Camargo-Borges e Cardoso (2005) chamam a atenção para pensar a Psicologia como uma ciência parceira da ESF, pondo em pauta os processos de trabalho em saúde. Nessa perspectiva e pensando na contribuição do saber psicológico, optou-se por adentrar estes novos e desconhecidos espaços, porém, convidativos à Psicologia tanto pelo trabalho em território e pela proposta multiprofissional, como pelo princípio de compromisso com a integralidade no cuidado da saúde.

Assim, no contexto das colocações acima, o objetivo do presente capítulo é relatar a experiência sobre a participação nas reuniões de área de uma equipe de saúde da família e refletir criticamente sobre as possibilidades e dificuldades abertas à relação entre a Psicologia e a Atenção Básica, especialmente na sua parceria com as Equipes de Saúde da Família. Aponta-se que a participação do psicólogo nestes espaços ainda não tem um efetivo reconhecimento institucional. Nesse sentido, considera-se que a relevância da descrição desta experiência se dá na medida em que permite visualizar práticas e refletir sobre a possibilidade de aperfeiçoar as mesmas seguindo os princípios norteadores, presentes nas políticas públicas, destacando-se entre eles o de humanização, que defende e busca o protagonismo de todos os envolvidos nas ações de saúde e da clínica ampliada, que busca reconhecer e incorporar o olhar dos diferentes saberes no fazer das práticas em Saúde, à luz das realidades de atuação.

Acredita-se que a busca constante do aperfeiçoamento das práticas do psicólogo no contexto da Saúde Pública trará consigo um efetivo reconhecimento deste profissional, tanto pela equipe, como pela população.

Breve contexto histórico e princípios que sustentam a atenção básica brasileira

Considera-se que trazer à tona o processo histórico de construção e de reconhecimento efetivo da atenção básica brasileira, como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, assim como também identificar os princípios

inerentes ao mesmo, são condições necessárias para pensar nas práticas em todos os pontos de atenção à saúde. (MENDES, 2007). Entende-se que será com base nas mesmas será possível compreender a necessidade do desenvolvimento de posturas profissionais, que se coadunem e aperfeiçoem as diretrizes presentes nesse processo, bem como visem, em última instância, práticas contextualizadas às realidades de atuação e ao protagonismo de todos os envolvidos.

O SUS (Sistema Único de Saúde) é a política pública de saúde brasileira – maior política de inclusão social do Brasil – garantido pela Constituição de 1988 como um direito de todos e dever do Estado, e definido no artigo 4º da Lei federal 8080 como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais, e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público (...)” (BRASIL, 1990). O SUS é uma conquista do Movimento Sanitário e da sociedade brasileira, organizada em Conferências Nacionais de Saúde, no contexto de crise econômica e política do Brasil nos anos de 1980.

Consoante ao movimento político da época, o Movimento Sanitário foi um movimento social, vindo das bases; político, pois lutava pela garantia da cidadania e redemocratização; e, público, pois pregava a universalidade do acesso a serviços integrais, priorizando a atenção básica à saúde e a mudança do modelo de saúde vigente baseado no assistencialismo e hospitalocentrismo (PUSTAI, 2004). Assim,

O Brasil partiu de um sistema centralizado, privatizado e focado na atenção médico-hospitalar, para o Sistema Único de Saúde: um sistema universal, descentralizado, participativo, com controle social, baseado em um conceito ampliado de saúde que propõe tratar de qualidade de vida com promoção, prevenção e atenção (BRASIL, 2008).

Os princípios e diretrizes do SUS foram organizados com base em um novo conceito de saúde - advindo do ideário do Movimento Sanitário de que saúde é produzida pelo social - e construído na VIII Conferência Nacional de Saúde: “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde.” (BRASIL, 1987, p. 04). Podem-se sintetizar os princípios do SUS de Universalidade, Equidade e Integralidade como a garantia do acesso a todos os cidadãos e grupos, em condições de igualdade e atendendo às especificidades e riscos

de cada caso, a um conjunto de ações preventivas, diagnósticas, curativas, reabilitadoras e readaptativas ao convívio social, articulando todos os níveis de complexidade no cuidado e promoção de saúde. Estes princípios relacionam-se com a perspectiva ampliada do conceito de saúde, pois somente serão efetivados quando consideradas as determinantes sociais do processo saúde-doença e o contexto sócio-cultural como *lócus* da atenção à saúde.

O serviço de saúde no SUS se organiza de forma hierarquizada e regionalizada, abrangendo níveis segundo sua complexidade crescente, sendo importante a regulação adequada entre eles, operando em fluxo de referência e contrarreferência, para potencializar a resolutividade (PUSTAI, 2004). O ponto primário configura-se como porta de entrada do sistema, buscando atender e resolver, principalmente, demandas de saúde por meio de promoção, prevenção, vigilância sanitária e epidemiológica, controle de vetores, educação em saúde, atuando, também, no tratamento e reabilitação, referenciando o usuário para os serviços de maior complexidade quando necessário. O ponto secundário traz atendimentos especializados, focalizando o tratamento e a recuperação, enquanto o ponto terciário traz atendimento de alta complexidade e tecnologia necessária, envolvendo o tratamento e a reabilitação como nos hospitais, por exemplo. A regionalização reorganiza os níveis de atenção à saúde, segundo as necessidades de cada área de abrangência, mobilizando gestão e comunidade na busca por identificar e agir sobre as especificidades do território. (MENDES, 2007)

Portanto, a Atenção Primária, ou Atenção Básica, como se denomina no Brasil, ganha *status* de prioridade no investimento das políticas públicas de saúde, invertendo a lógica do modelo médico-hospitalar, utilizando instrumentos próprios, reconhecendo o território e a clientela, visando à adequação de seus serviços às realidades particulares e à perspectiva da população. Para Takeda (2004), as principais características da Atenção Primária são: “a) porta de entrada para o sistema de saúde; b) responsabilidade pelos indivíduos ao longo do tempo, independentemente da presença de doença; c) integralidade da atenção e; d) capacidade de coordenar os cuidados às necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades” (TAKEDA, 2004, 79).

Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família é o modelo que organiza os serviços da Atenção Básica. Nasceu como Programa de Saúde da Família, em 1994, e se consolidou como estratégia para efetivar os princípios e diretrizes do SUS, tendo em suas bases teóricas a promoção da saúde e, como pressupostos importantes, o trabalho em equipe, a territorialização e

o foco de atenção no coletivo e no social, identificando o indivíduo inserido no grupo familiar, e este em um grupo populacional (ANDRADE, BARRETO e FONSECA, 2004). Estes pressupostos reorganizaram os processos de trabalho, concretizando uma abordagem mais integral e resolutive (SILVA e TRAD, 2005).

Esta estratégia está estruturada em torno de uma equipe mínima, cuja composição apontou-se acima e sobre a qual Andrade, Barreto e Fonseca (2004), afirmam que para alcançar a integralidade e a promoção de saúde, a equipe de saúde da família enfrenta problemas tanto individuais e biológicos quanto coletivos e culturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade, sugerindo, portanto, que a aproximação com outras categorias profissionais, além da equipe mínima, torna-se necessária.

Uma equipe multiprofissional é o início para uma visão integral do indivíduo, posto que exija a compreensão do fenômeno, baseada na contribuição e compartilhamento dos saberes das diferentes áreas profissionais. A integração da equipe multiprofissional constitui um dos meios de trabalho do que o SUS entende por Clínica Ampliada (BRASIL, 2009). Entretanto, para assegurar a eficiência e a efetividade do trabalho em equipe, é necessária, também, uma escuta qualificada e a adoção deste conceito, o qual inclui a necessidade de analisar os contextos sócio-culturais em que as ações de saúde acontecem (MORÉ *et al.*, 2007).

Segundo Moré *et al.* (2007, p. 11), “em termos estratégicos de intervenção, entende-se que uma ação de saúde, seja qual for seu nível, requer um mapeamento de todos os fatores envolvidos na mesma, assim como avaliação das condições de sequência e acompanhamento das ações propostas.” Para tanto, Silva e Trad (2005), retomando o Guia Prática da Saúde da Família, do Ministério da Saúde, exemplificam algumas atividades a serem desempenhadas pela equipe: conhecer as famílias do território estabelecendo a criação de vínculo de confiança, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, ações educativas e intersectoriais, promovendo parcerias a fim de prestar assistência integral às famílias no âmbito da atenção básica.

Neste processo de mapeamento da comunidade e troca entre a equipe, a denominada *Reunião de Área* delimita um espaço de discussão e marcação efetiva dos dados da população atendida na área de abrangência, abordando essencialmente a vigilância à saúde e o planejamento das ações

de saúde. Esta reunião proporciona o diálogo multiprofissional e o contato com a territorialidade dos serviços de saúde, pois intenciona relações horizontais de troca entre os profissionais, destacando o papel dos Agentes Comunitários de Saúde no vínculo e outros princípios da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

A Psicologia e suas possibilidades na Atenção Básica

Para Camargo-Borges e Cardoso (2005), o trabalho da Equipe de saúde da família não se restringe à questão técnica, partindo também para a questão relacional, estabelecendo vínculo e compromisso com o contexto cultural no qual atua, necessariamente, pela postura da corresponsabilidade entre os profissionais e os usuários. Nesse sentido Cruz (2004) afirma que o trabalho na ESF vai além dos processos do contato sumário profissional/paciente do simples diagnóstico classificatório, pois se estreitam laços afetivos e que possibilitam uma visão mais ampla da pessoa por meio das intervenções contextualizadas. Sendo assim, a Psicologia, que tem como objeto de estudo o comportamento e a subjetividade do indivíduo, que se expressam nas relações humanas, nas interações e seus afetos, podem trazer contribuições para a Estratégia de Saúde da Família, como suporte para a construção de espaços mais democráticos e o trato à alteridade, que promova integração entre profissionais e usuários (CAMARGO-BORGES e CARDOSO, 2005).

Segundo Moré *et al.* (2007) “o psicólogo é um profissional promotor do vínculo, por excelência, e seu trabalho e sua respectiva efetividade terão uma relação direta com a construção desse vínculo, seja com os usuários, famílias, grupos, comunidade ou com a própria equipe de saúde da qual faz parte.” Nessa perspectiva a criação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), como política pública nacional de apoio à ESF, evidenciou pontos de potencial presença do Psicólogo, principalmente, no que tange à sua participação como profissional de Saúde Mental.

Para o desenvolvimento das ações do psicólogo na atenção básica, Moré *et al.* (2007) citam um conjunto de eixos norteadores, presentes nos princípios do SUS, tais como: integralidade da atenção; planejamento local de saúde junto com a participação popular; controle social; promoção de saúde e inserção na área da abrangência; além disso, destacam-se a interdisciplinaridade e as ações coletivas entre equipe e comunidade, como características essenciais para a atuação profissional. Com relação a isto, cabe apontar que

o passo inicial para o desenvolvimento da postura interdisciplinar é o esclarecimento dos objetivos e especificidades do trabalho de cada profissional, para assim criar “linguagens e espaços que tenham significados e sentidos comuns, tanto para os profissionais da saúde, como também para as pessoas às quais estão dirigidas as nossas ações” (MORÉ *et al.*, 2007, 12).

Tendo como referência os eixos norteadores apresentados, as autoras acima citadas indicam algumas possibilidades de ações concretas, sendo elas: 1. Participação nos programas de promoção/prevenção; 2. Atividades psicodiagnósticas e acompanhamento dos diferentes distúrbios da personalidade; 3. Acompanhamento psicológico grupal, familiar, de casal, crianças, adolescentes, adultos e idosos; 4. Atendimento grupal operativo ou pedagógico-informativo; 5. atendimentos comunitário-domiciliares; 6. Intervenção de rede, ou seja, trabalho junto ao grupo de pessoas significativas para suporte a pessoas ou famílias em crise; e, 7. Referência como atendimento e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos da comunidade e às suas famílias e/ou às instituições. Nestas ações, as autoras dão ênfase às atividades orientadas para os grupos, pois, estes priorizam as redes comunas redes comunitárias, e ao compromisso com as realidades concretas da população.

Segundo Camargo-Borges e Cardoso (2005), tem crescido a participação da Psicologia em Unidades de Saúde, principalmente, em intervenções com grupos programáticos e nos trabalhos em equipe especializada de saúde mental, assessorando a equipe mínima por meio de estudos de caso, interconsultas, supervisão, orientação e capacitação no cuidado e acolhimento de saúde mental. Nas diretrizes para a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2003), estão previstas, como expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, ações de saúde mental na atenção básica, principalmente, baseadas na estratégia do apoio matricial do CAPS, do ambulatório ou de equipes volantes de Saúde Mental, com a intenção do aumento da capacidade resolutive das equipes. Para Camargo-Borges e Cardoso (2005), o trabalho da Psicologia que vem sendo feito está em consonância com os pressupostos da ESF, pois, se organizam em torno da construção do fazer conjunto, coletivo e valorizando a localidade e as interações dela decorrentes, ao produzir vínculo e pensar em contexto.

Construção de saberes e fazeres da Psicologia: A experiência de intervenção

Neste sentido de contínua construção dos saberes e fazeres da Psicologia, no campo de atuação da saúde pública, foi realizado o projeto de

extensão universitária: “Práticas da Psicologia no Contexto da Atenção Básica da Saúde” do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. O projeto objetivou um trabalho psicológico de atenção à saúde que privilegiasse a intervenção grupal, tanto do ponto de vista terapêutico como no trabalho com a equipe de saúde, com o intuito de tornar o conhecimento e a linguagem psicológica mais palpável e coerente com a realidade dos usuários, exercitando a prática da interdisciplinaridade na formação profissional em Psicologia. (MOREÉ e MACEDO, 2006)

A atividade de extensão universitária teve como cenário uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis/SC, localizada em um bairro formado por 8 comunidades com histórico recente de ocupação e organização comunitária. De maneira geral, o bairro apresenta, segundo índices socioeconômicos e os relatos das lideranças e profissionais locais, uma situação de vulnerabilidade social intensificada pela insuficiência de políticas públicas de inclusão. Estes índices referem renda familiar baixa, com prevalência do trabalho informal e taxas elevadas de desemprego. Outros indicadores se destacam no bairro como: altas taxas de migração dos moradores e uma característica de vulnerabilidade ambiental referentes à irregular coleta de lixo e ao baixo controle em relação aos animais domésticos e abandonados.

Esta vulnerabilidade social, ainda, é marcada por altas taxas de violência doméstica, negligência familiar e criminalidade, com destaque para o número de mortes por armas de fogo, em um contexto de forte impacto do tráfico de drogas e dos conflitos com o aparelho de segurança pública em função deste. Estes dados se tornam ainda mais preocupantes devido ao número elevado de adolescentes em relação não só à população local, mas também, aos outros bairros desta cidade.

Por sua vez, a ULS, porta de entrada da experiência realizada, estava inserida no Programa Docente Assistencial, incorporando atividades do Programa de Residência Multiprofissional Integrado em Saúde da Família da UFSC, em parceria com a gestão municipal. Sendo assim, as atividades do serviço de Psicologia na unidade apresentaram características singulares para além da proposta de atenção à saúde mental do município – o modelo de apoio matricial – que possibilitaram um contexto próprio para a nossa intervenção.

As atividades realizadas seguiram uma sequência de etapas, que de forma recursiva foram sustentando as ações desenvolvidas:

- 1º) Observação participante e apropriação do contexto.

2º) Construção da intervenção, iniciando a mesma por intermédio de atendimentos psicológicos individuais e grupais e a inserção paulatina nas Reuniões de Área de Equipes de Saúde da Família.

3º) Reconhecimento dos diálogos e demandas da comunidade e da Equipe, na reunião de área visando a tecer estratégias em comum para a atuação profissional, como por exemplo, a presença da Psicologia em Visitas Domiciliares.

É importante mencionar aqui que, embora no presente capítulo apresente-se a experiência das ações desenvolvidas junto à reunião de área, o projeto de extensão universitária contemplava um conjunto de atividades próprias da especificidade da Psicologia, as quais permitiram visualizar a importância da presença da psicologia nessas reuniões, em termos de contribuição para os diálogos profissionais que ali se teciam, baseados nas necessidades comunitárias.

A inserção na reunião de área: características da experiência

Para o registro desta experiência foi utilizado o método da observação participante, realizada pelos acadêmicos inseridos nas reuniões de área de uma Equipe de Saúde da Família, mediante o registro de diário de campo, onde se descreveram tanto as atividades, como as impressões dos estagiários e análises da atividade realizada, no processo de supervisão acadêmica, durante o período de maio a novembro de 2009, registrando um total de 20 encontros. As reuniões aconteciam no auditório da ULS, em um horário fixo semanal, com duração de aproximadamente 3 horas.

O desenvolvimento das atividades realizadas configurou-se baseado em demandas específicas da área de abrangência e da equipe de saúde, as quais foram sendo continuamente avaliadas pelos extensionistas e pela coordenação do projeto. Cumpre apontar que, além do processo de supervisão e orientação de todas as atividades desenvolvidas, todos os acadêmicos envolvidos passaram por uma preparação prévia, por meio do estudo e reflexão sobre: a) o papel do psicólogo na Atenção Básica; b) a Pragmática da Comunicação Humana, proposta por Watzlawick; Beavin e Jackson, (1973), que objetivava instrumentalizar os mesmos para reconhecer a dinâmica, presente nos processos de comunicação interpessoal e que afetam diretamente o comportamento humano; e c) e princípios da Psicologia Grupal e da Saúde. Todas estas temáticas

visavam tanto instrumentalizar teoricamente, como também subsidiar a reflexão sobre o desenvolvimento da postura necessária para a atuação profissional nesse contexto.

Assim, o acompanhamento das reuniões de área semanais da Equipe de Saúde da Família, permitiu observar que sua dinâmica de trabalho girava em torno de uma pauta básica de atividades tais como: registro de atas da reunião, acompanhamento de informes gerais, discussão de casos, preparação para as visitas domiciliares semanais, apresentação de temáticas em educação em saúde, diálogos e socialização da equipe sobre a dinâmica da reunião. Paralelamente às reuniões, foram realizadas visitas domiciliares juntamente com a equipe, por solicitação expressa da mesma.

Participantes da equipe

No início das atividades de extensão, os profissionais da equipe mínima de saúde da família participantes da reunião de área eram seis agentes comunitários de saúde, um enfermeiro e um dentista. Ao longo do projeto, devido ao término de contrato com a gestão municipal, houve a substituição da profissional de enfermagem e a saída do dentista da equipe, bem como a contratação de uma médica, a qual passou a acompanhar as reuniões.

Este registro merece uma reflexão entorno da *temporalidade de atuação* observada nos profissionais que trabalham no contexto da atenção básica. Esta temporalidade é uma constante apontada não somente no contexto de realização da experiência, que está sendo relatada, pois é um fenômeno frequente na gestão cotidiana das equipes de atenção básica, e pela própria população atendida. Isto se reflete diretamente na questão do vínculo comunitário, o qual, em certa medida, precisa estar sempre em *nova construção*, pelas sucessivas mudanças na equipe. Considera-se que este é um dos desafios e um dos *nós críticos da Saúde Pública*, no sistema de saúde brasileiro e que precisam ser enfrentadas em termos de políticas públicas, no sentido de como facilitar condições e processos de trabalho que efetivamente vinculem os profissionais aos contextos de atuação.

Procedimento de análises dos dados registrados

Conforme apontado acima todas as atividades eram registrada em diário de campo. O conjunto dos dados evidenciou-se um processo de

construção conjunta entre a equipe, a psicologia e as necessidades da comunidade. Com base nesses registros e com o intuito de melhor apresentar a experiência, foram estabelecidas três categorias de análises e discussão dos dados, sendo elas: 1) Reconhecendo a comunidade e a equipe: propondo diálogos, 2) Desconstruindo estereótipos sobre a atuação do psicólogo: abrindo perspectivas, e 3) Construindo e reconhecendo possibilidades de intervenção psicológica: os desafios. As categorias propostas congregam situações, diálogos e vivências que foram emergindo à medida que se adentrava no espaço de atuação e tentam também, de certa maneira, descrever parte do processo da experiência realizada.

Reconhecendo a comunidade e a equipe: propondo diálogos

Os primeiros contatos e inserção na reunião de área se deram apoiados na dinâmica de funcionamento do trabalho da equipe entorno de uma pauta já estabelecida. Da pauta, permaneciam sempre em destaque os assuntos de vigilância epidemiológica e os informes das atividades do posto em relação a outros pontos, como por exemplo, os Informes de Área, dos quais emergia a discussão de casos e o agendamento de Visitas Domiciliares.

Desta dinâmica da equipe merecem destaque dois aspectos: O primeiro, em termos institucionais, identificou-se a importância sobre a atenção aos marcadores epidemiológicos na exigência frequente de atualização de sistemas informacionais como o Cadastro de Famílias (CADFAM) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), gerando repasses por micro-área semanais das mudanças ocorridas. Associados a isto, também se destacam os informes do cotidiano dos processos de trabalho da Unidade Local, como os dias para marcação de consultas e exames preventivos, horários para acolhimento¹, horários de grupos de Educação em Saúde e campanhas de vacinação que objetivavam a busca do melhor acolhimento da população atendida.

No segundo aspecto, em termos dos usuários, destacaram-se as temáticas em torno da migração intensa da população, a qual causava especial queixa entre os profissionais, assim como as dificuldades da relação com

¹ Acolhimento, nesta ULS, representava um dos processos de trabalho, em que médicos e enfermeiros realizam uma primeira escuta de certo número de usuários na mesma hora em que estes procuram o posto.

o usuário do serviço. Estas emergiam nos discursos, principalmente, no que se refere à demanda por cuidados de pronto-atendimento e urgência, o que sobrecarregava, segundo eles, o trabalho na unidade. Houve relatos problematizando: a) o descaso do usuário no comparecimento às consultas agendadas, b) demanda exagerada por atendimento, c) o tratamento ríspido com o profissional da saúde, d) a pouca prática da corresponsabilização no cuidado à saúde e, e) inúmeras reclamações do serviço prestado sem o reconhecimento das limitações e exigências que seu trabalho enfrentava, denunciando um profundo desgaste no vínculo profissional/usuário.

Observou-se também no processo de escuta do usuário, um reconhecimento da sua inserção em seu contexto sociocultural, no entanto isto não subsidiava uma análise sobre o entendimento das dificuldades que o mesmo poderia estar vivenciando. Percebeu-se que se seguia por uma ótica determinista do social sobre a população, a qual acarretava uma postura de defesa do seu trabalho frente ao usuário, de não corresponsabilização. Assim a questão da escuta e da relação profissional/usuário, tinha um efeito decisivo na tomada de decisão frente às necessidades seja da equipe, seja da população. A este respeito, Camargo-Borges e Cardoso (2005) apontam que a questão relacional é fundamental no trabalho do profissional de saúde na Atenção Básica, sendo um dos fenômenos de especial interesse e atuação da Psicologia.

A ESF tem como meta principal a busca pela atenção integral, por meio da relação, de um acolhimento técnico e também afetivo, pautado pela humanização no atendimento como protagonismo do usuário. Coaduna-se com os autores acima mencionados, ao afirmar que na questão relacional usuário/ profissional a Psicologia poderia contribuir efetivamente com estratégias de melhor comunicação e reflexão sobre a busca das potencialidades da equipe e da população sobre os cuidados em Saúde.

Neste ponto, as principais queixas profissionais para a execução de seu trabalho envolviam a dificuldade no trato com os usuários e o consequente sentimento de imobilização para a continuidade deste. Foram frequentes falas que explicitavam um desgaste da equipe e uma atitude de aceitação do encobrimento das possibilidades. Essa postura de resistência não era percebida como um obstáculo à efetivação do trabalho, mas como aceitação de que “não havia mais o que fazer”. Intensificando as dificuldades com o usuário, o contexto complexo da comunidade era visto como fator incontornável, sendo decisivo para a representação de quem é o usuário do serviço de saúde (*“A população é difícil. Nunca estão satisfeitos!”*).

Identificou-se que o contexto sócio-comunitário por um lado, era claramente referência para os profissionais em todas as suas concepções e ações, mas por outro, podia servir como impeditivo caso a situação se mostrasse de difícil compreensão. Para além da percepção do contexto, reconhece-se que este impõe concretamente seus obstáculos para o desenvolvimento das práticas de saúde, como por exemplo, a dificuldade da circulação dos ACS devido à presença marcante de usuários e traficantes de drogas na comunidade, à necessidade do sigilo frente às problemáticas familiares, que envolvam estes personagens, e às poucas possibilidades de enfrentamento e alternativas para o cuidado da saúde de casos tão carregados de criminalidade e de desvio à norma social (“*A gente tenta, mas não pode dar um passo muito à frente*”).

Os ACS eram a principal via de acompanhamento territorial da ESF, mantendo o vínculo e o conhecimento dos acontecimentos na comunidade, essenciais para uma postura de atenção integral. De certo modo, elas nutriam a equipe em seu contato com as principais instituições e lideranças locais, evidenciando forte conhecimento da rede social local. Ainda, nesta experiência em particular, foi possível acompanhar o atravessamento de questões das políticas públicas de saúde em nível municipal e nacional, devido à participação de um dos profissionais (uma ACS) no Conselho Municipal de Saúde e na organização e participação de Conferências Locais e atos nacionais relacionados. Embora reconhecendo a importância das colocações, elas perdiam sua potencialidade de análises, por estar fora do foco do trabalho proposto nas reuniões de área e contribuindo de certo modo, para um tensionamento relacional e para o desvio do entendimento dos problemas comunitários que exigiam respostas urgentes da equipe.

Esta categoria, que apresentou o início de reconhecimento para a construção do trabalho realizado deixou em evidência a importância dos diálogos multiprofissionais para poder pensar os dilemas comunitários, na medida em que os mesmos podem ser tanto imobilizadores como abrir novas possibilidades de reflexão e ação.

Entende-se que um efetivo trabalho em equipe fundamenta-se no esclarecimento dos objetivos e da especificidade do trabalho de cada profissional na equipe, o que, segundo Moré et al (2001, p.97), seria o “passo inicial para a interdisciplinaridade, na medida em que acontece um reconhecimento mútuo entre os integrantes da equipe, sustentado pela aceitação das diferenças e não pelo temor a elas”. Por sua vez, a linguagem e

sua articulação na comunicação entre os membros deste grupo específico, foram aspectos considerados nucleares para o andamento dos trabalhos, constituindo-se num desafio para o profissional da Psicologia, no sentido de melhor instrumentalizar as equipes para uma comunicação que possa gerar maiores possibilidades de escuta e reflexão junto ao usuário na busca da corresponsabilização pelas ações de saúde.

Desconstruindo estereótipos sobre a atuação do psicólogo: abrindo perspectivas

A conquista de um espaço de diálogo com os profissionais da equipe tornou possível a co-construção de fazeres do psicólogo nesse espaço sob a perspectiva da interdisciplinaridade. No início, surgiram dificuldades referentes ao desenvolvimento de um trabalho com a Psicologia, uma vez que os profissionais demonstravam não ter clareza sobre a contribuição do psicólogo para esse contexto, visualizando-o voltado exclusivamente para questões de saúde mental e numa perspectiva da Psicologia Clínica tradicional (atendimento individual).

Esses estereótipos evidenciavam-se por meio de demandas por atendimentos individuais e também por meio das questões que motivavam a equipe a buscar o trabalho da psicologia, caracterizadas, especialmente, pela presença de sofrimento psíquico. A presença desses estereótipos nessa equipe pode ser justificada: 1) pelo distanciamento do psicólogo das equipes mínimas na ESF, o que favorece que os conhecimentos sobre o psicólogo sigam a identidade profissional de outros campos de atuação, que não o campo da Saúde Pública; e 2) a inserção desse profissional na Atenção Básica dando-se, principalmente, mediante atividades de matriciamento que prioriza a clínica especializada (saúde mental) e não a promoção de saúde (CAMARGO-BORGES e CARDOSO, 2005). De certo modo, as propostas pelos extensionistas não condiziam, nessa reunião de área, com as representações iniciais da equipe.

Nesse sentido, a opção pelo diálogo e ressignificação da demanda seguindo os princípios norteadores para o trabalho do psicólogo na atenção básica foram fundamentais para assegurar a interdisciplinaridade e a co-construção de práticas de intervenção. Pautado na importância do *fazer em equipe*, emergiram possibilidades de colaboração da Psicologia na condição de conhecimentos específicos e de suas interfaces temáticas com a Saúde Pública - promoção

de saúde, saúde como processo, pensar sobre a pessoa inserida no contexto, compreensão da pessoa sob a perspectiva da interdisciplinaridade, importância das relações e do vínculo equipe-usuário-comunidade - como instrumentos de reflexão para as atividades propostas.

A atuação dos extensionistas ocorreu, primordialmente, por meio de ativação de redes de apoio e de recursos comunitários, discussão de casos e educação para a saúde, destacando nesta experiência a importância da conquista e criação de vínculo entre os alunos e a equipe e o estabelecimento da postura de “pensar juntos” os dilemas comunitários, sustentando assim as bases para pensar nas ações de saúde sob a perspectiva da Clínica Ampliada.

Construindo e reconhecendo possibilidades de intervenção psicológica: os desafios

Com base nas observações do contexto e dos diálogos sobre o cuidado com a saúde junto à equipe, foram se delineando, durante todo o percurso, estratégias de intervenções possíveis ao psicólogo no *lôcus* da Reunião de área. Considerou-se que estas estratégias foram conquistadas e que fortaleceram o diálogo multiprofissional, contribuindo para enriquecer o trabalho em equipe e, por consequência, a prática profissional neste campo de atuação.

As práticas pautaram-se por sensibilizar e prover recursos para a equipe se apropriar de uma escuta qualificada e acolhedora dos usuários em seu contexto. Estimulou-se para que, nas discussões de caso, fosse priorizado um olhar integral e aprofundado sobre as possibilidades de intervenção e de uma postura empática no trabalho, de parceria e de abertura a diferentes alternativas de ações. Estas atividades, no início do percurso, ocorriam como informes de cada micro-área, reduzindo-se a encaminhamento de consultas, medicamentos ou visitas domiciliares. Deste modo, buscou-se redirecioná-la para um processo de problematização e reflexão sobre diferentes possibilidades de abordar os problemas.

A intervenção proposta foi levantar as significações da equipe, as hipóteses levantadas e o histórico de cada caso, bem como os sentimentos e a mobilização da equipe, fazendo uso da problematização como forma de pensar juntos sobre a resolutividade. Trabalhou-se o discurso imobilizador presente na equipe, trazendo-o para a reflexão conjunta, baseado nas análises aprofundadas, nas quais se destrinchavam as possibilidades de ação, e

conotando positivamente as conquistas formuladas e trazidas por eles em suas estratégias cotidianas.

Foi utilizado o Genograma como instrumento para ampliar o olhar dos profissionais para as questões familiares e de possível articulação para os cuidados do paciente identificado (MELLO *et al.*, 2005). Nestas discussões, abordaram-se as perspectivas do ciclo vital, da psicologia do desenvolvimento e da saúde, sustentando diálogos de educação para a saúde e empoderamento da equipe, baseados nestes conhecimentos da Psicologia. Foram propostas, respeitando a disponibilidade e interesse da equipe, duas conversações e materiais de referência sobre temas de reconhecida apropriação da Psicologia, para que fossem trocadas informações e discutidas com base em experiências próprias.

Apresentaram-se indicadores de Depressão, com base nos saberes da Psicologia e da Psiquiatria, utilizando-se desses instrumentos teóricos para propor reflexão sobre o acolhimento ao usuário depressivo, fundamentado na compreensão de áreas afetadas por essa queixa: os comportamentos, os afetos, o corpo, os pensamentos, as relações sociais (MICHELS e MACKINNON, 1985). Objetivou-se apontar também para o olhar dos aspectos psicossociais presentes nesses quadros nosológicos, assim como as significações e sentimentos na relação da Equipe com o paciente que apresentava essa queixa, trabalhando o entendimento do processo saúde-doença encontrando nas perspectivas psiquiátrico/psicológicas e na Saúde Pública.

Foram apresentados, também, indicadores, mitos e reconhecimento de sinais e signos da conduta suicida no contexto da atenção básica, com o objetivo de favorecer a identificação dos fatores de risco de suicídio e sensibilizá-los para esta temática visando sua desmistificação (MORÉ, ADRIANO e GOULART, 2006). Em consonância com as políticas públicas para a prevenção do suicídio, procurou-se explorar junto à Equipe o reconhecimento das redes de apoio para estas situações e a importância de o profissional estar capacitado frente a este comportamento. De maneira geral, estas atividades obtiveram resultados positivos na avaliação da equipe, despertando o interesse pelas temáticas e, por consequência o reconhecimento das possibilidades dos saberes e fazeres da Psicologia como profissão.

No decorrer das ações, delineou-se outra oportunidade de intervenção psicológica: a participação nas visitas domiciliares (VDs). O agendamento das VDs esteve sempre presente no processo da Reunião de Área, durante todo o processo da experiência realizada; no entanto, como todo

o resto, tornou-se possibilidade de intervenção psicológica no percurso de diálogos e construção de práticas possíveis na equipe. Surgiu dos ACS, principalmente, a demanda pela mediação do profissional psicólogo junto ao cuidado de saúde dos usuários que recebiam VDs, a saber, os idosos, acamados ou outros impossibilitados de mobilidade até a ULS. Percebeu-se que a atenção à saúde é demanda frequente por parte dos profissionais, até mesmo quando o próprio usuário não deseja o cuidado, atitude esta que deve ser compreendida dentro da proposta de vigilância à saúde do SUS.

As características das demandas nas quais foi solicitada a presença e/ou mediação da Psicologia nas VDs agruparam-se em três tipos de queixas: a) junto ao usuário que não se apresenta capacitado para um autocuidado, na perspectiva da equipe; b) junto ao usuário que resistia ao tratamento prescrito; e c) junto ao usuário que se recusava ao acompanhamento e à vinculação com a equipe. Inicialmente, a proposta foi de escuta, problematização e reflexão na busca pelo empoderamento do usuário. No primeiro tipo de queixa, foram problematizados junto à equipe, as hipóteses sobre o porquê de o usuário não estar habilitado para seu próprio cuidado de saúde, buscando encontrar possibilidades que levassem em conta todas as habilidades que ainda eram observadas pelos profissionais, mas não eram valorizadas como possibilidades. Assim, criaram-se estratégias baseadas no entendimento de que há capacidades outras que devem ser utilizadas a favor da equipe, além do olhar para as redes de cuidado comunitário, especialmente a familiar.

No que tange ao segundo tipo de queixa, surgiu o pedido para que a Psicologia reforçasse o pedido da equipe, junto aos usuários, para evitar o abandono ou mesmo a recusa ao tratamento, fortemente caracterizado pela medicação. Aqui se procurou levantar, tanto junto à equipe quanto junto aos usuários, as significações do tratamento, à luz da história de vida do sujeito do tratamento. Identificaram-se crenças fortemente embasadas em experiências anteriores e na tradição da cultura local, que de certa maneira desvalorizavam o tratamento oferecido pela equipe, principalmente na prescrição de medicamentos. Entendeu-se que isto estava fazendo parte do tensionamento entre as propostas de tratamento da equipe e a aceitação das mesmas por parte dos usuários, produzindo certa imobilização das ações dos profissionais e/ou um não investimento em outras estratégias.

Entretanto, as situações em que se observam dificuldades de vínculo com a equipe, foram objeto de especial atenção na intervenção e correspondiam ao

terceiro tipo de queixas. Nestas, foi proposto o acompanhamento mais próximo da Psicologia, utilizando-se da escuta e da fala direta com o usuário. Agendaram-se VDs em conjunto com a Equipe, e também em companhia apenas do ACS, visitas estas que eram planejadas e avaliadas nas reuniões de área. Assim, no acompanhamento do usuário em seu domicílio, foi possível observar a ressonância para o acolhimento do mesmo, caracterizado pela escuta afetiva, empática e pela busca pelo seu protagonismo, baseado na mudança de um comportamento de recusa de cuidado e participação no tratamento, para uma postura ativa em relação ao seu cuidado da saúde e interação com os profissionais da saúde. Cabe apontar que, fez parte desta intervenção o diagnóstico e prognósticos elaborados em equipe para a melhor adequação das ações, que se desenharam apoiadas no tecido comum de saberes e práticas a favor do cuidado do outro.

Por sua vez, observou-se que a equipe básica estava sobrecarregada das mais variadas demandas, seja em nível institucional, relacional, comunitário, seja pela falta de recursos humanos e instrumentais para uma melhor aproximação da comunidade. Os resultados positivos alcançados nas visitas domiciliares geraram reflexões na equipe da Psicologia sobre a grande potencialidade que estes espaços oferecem para as ações em saúde e, principalmente, na busca de estratégias e recursos para pensar a respeito da saúde das pessoas em seus contextos.

Outro objetivo alcançado com as VDs foi a inserção dos extensionistas no território, conhecendo o cotidiano dos usuários e desta parte do trabalho em saúde, diretamente ligada à realidade contextual da comunidade. Ainda que restrita a uma pequena área de abrangência da ULS, e obedecendo às regras da comunidade devido às tramas que se compõem nas relações de poder presentes neste espaço, foi possível reconhecer o dia a dia da população que busca possibilidades para sua saúde, mesmo sem profunda reflexão sobre isso, no movimento diário de conquista da vida e de sua humanidade.

Acredita-se que o trabalho no contexto da Saúde Pública, em seus mais variados pontos/ou níveis de atenção, leva a uma constante problematização sobre: o que é saúde? e, por sua vez, sabe-se que existe uma diversidade de possibilidades de compreensão e entendimento. Neste trabalho deseja-se compartilhar o pensamento de Neves e Athayde (1998, p. 31-32), por considerar que vai ao encontro do entendimento que se foi delineando na experiência ora apresentada:

Então, saúde é antes de mais nada uma sucessão de compromissos que as pessoas assumem com a realidade, e que se alteram, que se reconquistam, se definem e se redefinem a cada momento, se defende a cada instante. Por fim, saúde é um campo de negociação cotidiana e permanente por tornar a vida viável.

Considerações Finais

À luz da experiência vivenciada, destaca-se a importância da presença do psicólogo na Atenção Básica, desempenhando um papel tanto de mediador, como de catalisador das capacidades e recursos das pessoas em si e da comunidade, favorecendo efetivamente a promoção da saúde. O projeto, ao possibilitar a inserção dos alunos na reunião de área de uma Equipe de Saúde da Família, contribuiu para a reflexão de práticas possíveis à Psicologia no contexto da Saúde Pública. Sendo assim, houve a oportunidade para reconhecer e visualizar com olhar curioso e responsável sobre quem são estes personagens que, numa das maiores políticas públicas do mundo, de recém completados 20 anos, marcam sua presença diariamente na complexidade de macro e micro relações que tramam o SUS.

Conclui-se que a Psicologia pode contribuir para a estratégia de: pensar sobre os problemas humanos em seu contexto; favorecer práticas de responsabilização e clínica ampliada; e utilizar redes e recursos da comunidade para promover saúde. Também, destaca-se a riqueza da participação junto às equipes como espaço profícuo para apropriação do território de atuação e desenvolvimento do diálogo interdisciplinar. Porém, entende-se que há muito ainda a ser feito e potencializado na construção do SUS, visualizando a inclusão social, um dos pilares éticos e desafio constante para todos nós. E, colocando a Psicologia como mais um integrante neste processo, espera-se contribuir para esta que seja uma política preconizada pela participação e compromisso de cidadão.

Relativo à formação acadêmica, a extensão favoreceu tanto o desenvolvimento da interdisciplinaridade como postura profissional para os alunos envolvidos, como também provocou para a reflexão e construção de práticas de atuação do psicólogo junto à Equipe de Saúde da Família. Além disso, aproximou os extensionistas da realidade da população brasileira atendida na Atenção Básica, o que contribui para o crescimento pessoal no

sentido de torná-los cidadãos mais sensibilizados e comprometidos com esta realidade.

Referências

AYRES, J.R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, L.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: Czeresnia, D. (org). Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.117-139, 2003.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 88-106.

BRASIL. 8va. **Conferência Nacional de Saúde.** Relatório final. Ministério de Saúde, 1987.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 01 dez. 2009

BRASIL. **Lei Nº 8080,** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Gestão Editorial. Comissão SUS 20 Anos. **Carta de Mobilização: SUS 20 Anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 5 de agosto de 2008. Disponível em: <http://sus20anos.saude.gov.br/downloads/carta_mobilizacao.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários**. nº 01, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria ms/gm nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Disposições gerais sobre a atenção básica**. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF. Seção 1, p.48-55, 24 out. 2011.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. **A Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família**. In: **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26-32, mai/ago, 2005.

CRUZ, J. A. A Inserção da Discussão de Saúde Mental em uma Equipe de PSF. In: **Dynamis Revista Técnico-Científica**. Blumenau, v. 12, n. 47, p. 51-57, abr/jun 2004.

GAZZINELLI, M.F.; GAZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n. 1. Rio de Janeiro Jan./Fev., 2005.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007.

MICHELS, R.; MACKINNON, R. **A Entrevista Psiquiátrica na Prática Diária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

MELLO, D. F. Genograma e Ecomapa: Possibilidades de Utilização na Estratégia de Saúde da Família. In: **Rev Bras Cres Desenv Hum**, v. 15, n. 1, p. 79-89, 2005.

MORÉ, C.; LEIVA, A.; TAGLIARI, L. A Representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público-comunitário. **Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação**. Ribeirão Preto, v. 11, n.21, p. 85-98, 2001.

MORÉ, C. L. O. O.; MACEDO, R M. E. **A Psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

_____; ADRIANO, J.; GOULART, R. Ações da UFSC no Projeto Rondon 2006: Tecendo redes de cuidadores para prevenção do suicídio. In: **Extensio** (Florianópolis), v. 3, p. 1-21, 2006.

_____; CREPALDI, M.A.; LUZ PEDRO, F.; NIEWEGLOSKI, V. A Busca da Inclusão Social e Protagonismo na Interação entre a Comunidade e a Equipe de Saúde: Os Desafios do Psicólogo na Saúde Pública no Contexto Brasileiro. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA, 3., e SEMANA de PSICOLOGIA, 9., 2007, Trabalho Completo. **Anais do III Congresso Internacional e IX Semana da Psicologia: coletividade e subjetividade na Sociedade Contemporânea.** Maringá: UEM, 2007. 1 CD ROM.

NEVES, M.Y; ATHAYDE, M. Saúde, Gênero e Trabalho na Escola: Um Campo de Conhecimento em Construção. In: BRITO, J.; ATHAYDE, M.; NEVES, M. Y. R. Saúde e Trabalho na Escola. Rio de Janeiro: CESTEJH/ENSP/ FIOCRUZ.

Projeto de Extensão Universitária: Práticas da Psicologia no Contexto da Atenção Básica da Saúde. Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

PUSTAI, O. J. . O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69-75.

SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. ; Giugliani, E. R. J. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.p. 76-87.

WATZLAWICK, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação.** 9a.ed. São Paulo: Cultrix, 1973.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: o círculo de cultura como ferramenta de promoção de participação popular no SUS

*Caio Ragazzi Pauli Simão
Magda do Canto Zurba
Alana de Siqueira Branis Nunes*

“Na verdade, meus amigos, não é o discurso que diz se a prática é válida, é a prática que diz se o discurso é válido ou não.”

(Paulo Freire)

O objetivo deste trabalho é discutir a eficácia do Círculo de Cultura (Freire, 1977, 1981) como ferramenta metodológica em ações de Educação Popular e saúde, na perspectiva da construção de estratégias de participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde a década de 90 a Educação Popular se fortalece como estratégia de construção da participação popular no SUS, principalmente por meio da atuação da Rede de Educação Popular em Saúde em parceria com movimentos sociais e com o Ministério da Saúde (Pedrosa, 2007). Não obstante, verificamos em nossa vivência acadêmica que a inserção desta temática na formação de profissionais de saúde ainda engatinha. Assim, consideramos importante a publicação de textos que apresentem os fundamentos teóricos e metodológicos da Educação Popular no contexto do SUS. Como afirma

Eymard Mourão Vasconcelos, “É preciso que esse saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde. (...) É preciso encontrar os caminhos administrativos e de formação profissional que permitam sua generalização no SUS.” (2004, p. 67).

Conforme argumentaremos ao longo do texto, entendemos que pensar a educação em saúde segundo os conceitos da educação popular freiriana colabora significativamente no processo de construção de ações e de políticas públicas que levem à efetiva democratização do Sistema Único de Saúde (SUS). As estratégias propostas no contexto de trabalho de Paulo Freire facilitam a participação popular consciente, ativa e crítica, tal como previsto nos princípios básicos do SUS (Ministério da Saúde, 2006; 2007).

Apresentaremos, de forma resumida, os temas centrais da perspectiva freiriana de educação popular, imprescindíveis para a compreensão de um dos métodos de trabalho dentro da Educação Popular – o Círculo de Cultura. Discutiremos a importância de superarmos a compreensão do processo de educação como mera transmissão de informação, encarando-o sim como ato reflexivo pautado no diálogo, e as implicações dessa compreensão nas práticas de Educação em Saúde.²

Complementaremos nossa análise com uma breve problematização dos avanços – e limites – históricos das políticas de educação para o controle social no SUS e da inserção, principalmente a partir do início XXI, da Educação Popular nessas políticas, justificando a relevância e atualidade da temática.

Finalmente, discutiremos a utilização do Círculo de Cultura como ferramenta para educação no SUS, a luz de nossas experiências em atividades de educação em saúde e pesquisa-ação, ambas realizadas em um Centro de Saúde de Florianópolis (SC) no contexto do projeto Pró-Saúde e PET-Saúde da Família na UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Essas experiências possibilitaram aos estudantes dos cursos de saúde da UFSC um contato prático com a pedagogia proposta por Paulo Freire e com o dia-a-dia de uma unidade de saúde.

Esperamos que este texto sirva a estudantes e trabalhadores na saúde pública, como apresentação aos principais conceitos e problemáticas da Educação

² Ressaltamos que atribuímos a este trabalho caráter introdutório ao tema; pretendemos, portanto, apresentar os conceitos centrais que o permeiam de forma didática e acessível. Para um aprofundamento nas temáticas aqui abordadas, recomendamos aos leitores a bibliografia referenciada ao final do texto, em particular a obra do próprio Paulo Freire.

Popular, e a uma forma de se trabalhar esse referencial teórico-metodológico na atenção básica no SUS. É necessário deixar claro, porém, que não atribuímos ao texto caráter prescritivo ou normativo: falamos aqui de nossa compreensão da teoria freiriana – decorrente de nossas leituras e práticas –, que é *uma visão entre tantas outras*, e de forma alguma a “correta” ou “absoluta” sobre o tema. Assumir uma postura dogmática em relação a qualquer teoria seria, aliás, um tanto anti-freiriano, e nesse sentido apontamos os leitores para a epígrafe deste texto, recomendando aos mesmos que utilizem-se das idéias expressadas ao longo do texto na medida em que se mostrarem úteis para subsidiar sua prática concreta, criticando-as e aperfeiçoando-as conforme equívocos e limitações forem identificados, pois, como afirma Borón (2007) a crítica é atividade essencial para o enriquecimento e desenvolvimento de todo referencial teórico.

Educação Popular e teoria freiriana

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido internacionalmente como Paulo Freire, nasceu em Recife, Pernambuco, em 1921. No final da década de 40, Freire trabalhou com um grupo de 300 adultos da cidade de Angicos, no Rio Grande do Norte, que aprenderam a ler e escrever em 45 dias. Além disso, discutiram também cultura e democracia. Foi um importante marco na construção de uma concepção nova de educação. Essa experiência, que estabeleceu as bases para um Projeto Nacional de Alfabetização – cuja implantação foi interrompida meses após seu início por ocasião do Golpe Militar, mas que foi continuada em alguns países por ocasião de seu exílio – foi contada e sistematizada em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1968. Nessa obra, Paulo Freire expõe sua concepção de homem e de mundo que lhe deu bases para conceber uma nova forma de pensar a educação, dando origem ao que chamamos de Educação Popular.

O que é Educação Popular? O adjetivo “popular”, a rigor, se refere a algo que é do povo, ou para o povo (uma distinção importante, como logo veremos). Na prática, este termo, em nossa cultura, vem carregado dos mais diversos significados, frequentemente negativos: pode indicar pobreza (o vulgo “povão”), algo de baixa qualidade (produtos populares), ou incorreto, desviante da norma (a linguagem popular). Poderíamos pensar então que a “educação popular” se dirige ao povo em sua acepção pejorativa: à massa de pessoas incultas, inadequadas, pobres, com o intuito de educá-las, civilizá-las,

resgatá-las de sua posição de inferioridade. Essa visão assistencialista de educação para o povo ainda é muito difundida no Brasil e no mundo.

A Educação Popular de que falaremos ao longo do texto – e que se refere a um movimento político-pedagógico³ que tomou forma no Brasil a partir da década de 1950 – parte de concepções particulares de homem, sociedade e conhecimento para formular uma teoria da educação completamente distinta da apresentada no parágrafo anterior. Para compreender o que propõe a Educação Popular, portanto, é necessário entender as visões de homem, sociedade e conhecimento que embasam tais propostas. Vamos a elas.

A palavra “povo” é central para a Educação Popular, mas tem um significado bem específico: denomina o grande contingente de pessoas oprimidas e marginalizadas de uma sociedade. É diferente dizer que alguém é pobre e inculto, e dizer que é oprimido. Chamar uma população de *inculta* atribui-lhe uma característica sem indicar de onde veio essa característica, sugerindo até que seja algo inato. Referir-se a mesma como *oprimida* ou *marginalizada* significa dizer que ela *sofre uma ação* opressora e marginalizante – ação realizada por alguém, um grupo político ou um regime econômico, por exemplo. Esse é um dos aspectos essenciais da visão de mundo freiriana que caracteriza a Educação Popular - *os homens e mulheres são oprimidos e opressores* (Freire, 1977).

É necessário cuidado, entretanto, para que a afirmação acima não seja entendida de maneira reducionista, dicotômica ou maniqueísta. Para tal, é necessário assumirmos uma *visão dialética* da realidade. Não se trata de dividir a realidade entre os “Bons” e os “Maus”, e sim de entender que a mesma está organizada de forma que pessoas oprimam a uns ao mesmo tempo em que são oprimidas por outros. Leandro Konder, ao comentar a natureza dialética da realidade, coloca que:

“Tudo tem a ver com tudo, os diversos aspectos da realidade se entrelaçam e, em diferentes níveis, dependem uns dos outros, de modo que as coisas não podem ser compreendidas isoladamente, uma por uma, sem levarmos em conta a conexão que cada uma delas mantém com coisas diferentes” (Konder, 1981, p.58)

³ Por se tratar de um movimento político-pedagógico e não meramente um conjunto de métodos e técnicas educativos, optamos por escrever o termo Educação Popular em letras maiúsculas, acentuando essa distinção.

Na perspectiva dialética, a relação entre oprimido-opressor não se dá em simples polos de oposição, mas sim num entrelaçamento de interações complexas que estruturam a realidade de determinada maneira. Deste modo, quando falamos de oprimido e opressor, na verdade nos referimos a esta relação oprimido-opressor, que, em sua complexidade, constitui uma unidade dialética. Ou seja, o opressor só é opressor na relação com o oprimido, e vice-versa.

Para exemplificar, pensemos em um hipotético profissional de saúde que, oprimido por uma sobrecarga de trabalho e condições precárias para exercer sua função, acaba exausto e desiludido com seu emprego, além de infeliz de maneira geral com sua vida. Devido a estas condições, acaba por realizar sua função de maneira inadequada, perpetuando uma relação de poder opressora com os usuários que atende, evitando prestar esclarecimentos sobre a condição médica dos mesmos, reagindo de forma autoritária quando estes questionam a terapêutica receitada, e não buscando intervir sobre a origem de uma doença, apenas sobre os sintomas.

Em contrapartida, pensemos agora, também a título de exemplo, em uma mãe de três crianças, solteira, que trabalha informalmente mais de 40 horas por semana, em condições precárias e ganhando uma quantia inferior a um salário mínimo, enquanto deixa o filho mais velho, de 12 anos, cuidando dos menores nos horários em que não estão na escola. Suponhamos que, na realidade dessa família, as condições de higiene sejam lastimáveis. Durante uma visita domiciliar, num dia de folga dessa mulher, o profissional de saúde do exemplo anterior explica-lhe, pacientemente, mas com certa indignação, que é necessário que ela lave os cabelos das crianças regularmente com xampu e condicionador, pois estão com piolhos. A mãe escuta o conselho, apesar de já saber disso há muito tempo, sentindo-se humilhada por não conseguir explicar que não tem dinheiro para comprar esses produtos de higiene pessoal, ao mesmo tempo em que sente raiva do profissional e seus colegas, por não tomarem nenhuma ação para além da prescrição de uma terapêutica que ela não conseguirá seguir.

Segundo a visão de Freire, pouco nos ajuda pensarmos o profissional de saúde do primeiro exemplo como “um mau profissional”, nem a mulher como “uma péssima mãe”. Estabelecer tais rótulos, de fato, não esclareceria caminhos de intervenção ou de modificação das situações expostas. Podemos começar a compreender a situação exemplificada considerando que ambos – tanto o profissional de saúde como a mãe do exemplo –, quando se

comportam de uma ou outra maneira, *estão agindo dentro das possibilidades que a realidade que os oprime lhes coloca.*

Novamente, precisamos ter cuidado em nossa análise, para não cairmos em conclusões simplistas; não se trata de assumir uma visão determinista do ambiente em relação ao homem, mas sim de compreender que devemos levar em conta as condições concretas que as pessoas possuem para mudar sua maneira de agir quando analisamos um problema de saúde e na saúde, e que muitas vezes precisamos agir também sobre estas condições para efetuar uma transformação real (Freire, 1977).

Assim, voltando ao nosso exemplo, ao invés de reprendermos o profissional de saúde devido a sua atuação e recomendarmos que haja de forma diferente, ou insistir para que a mãe cuide melhor de seus filhos (intervenções restritas aos sujeitos), poderíamos estabelecer um diálogo com essas pessoas, visando compreender as relações que estabelecem entre si e com o mundo, e, por meio da problematização de sua realidade, definir com estes sujeitos estratégias de intervenção sobre a mesma, para que ambos *consigam modificar a realidade de forma a romper as relações opressor-oprimido que existem em seu cotidiano.* Fundamentalmente, este é o objetivo maior da pedagogia freiriana. Definitivamente não se trata de tarefa simples, uma vez que, para Freire, isso exige uma reconfiguração da maneira como a sociedade se organiza – levando à criação, por exemplo, de melhores condições de trabalho para o profissional do SUS e a mãe-de-família de nossos casos hipotéticos.

Afirmar que homens e mulheres são oprimidos e opressores não quer dizer que o são na mesma medida. Seguramente uma simples observação da realidade é suficiente para constatar que estudantes universitários, em geral, sofrem opressões e marginalizações de formas e intensidades diferentes do que analfabetos desempregados, por exemplo. Independente dessa diferença, Paulo Freire afirma categoricamente: “Aí está a grande tarefa humanista e histórica dos oprimidos – libertar-se a si e aos opressores.” (1977, p. 31). A Educação Popular constitui, segundo sua proposta, um meio para que os movimentos de libertação ocorram. Por isso, como bem afirma Miguel Arroyo (2001, apud Souza, 2001), Freire nomeou sua obra mais importante *Pedagogia do Oprimido*, e não “pedagogia para educar os oprimidos”. A Educação Popular é *do povo*, e não *para o povo*. É ao mesmo tempo ferramenta com que e movimento pelo qual o povo oprimido se liberta, transformando a maneira como a sociedade perpetua relações de opressão entre os homens.

Resumindo, foram apresentados os seguintes aspectos centrais da visão de homem e de mundo da teoria de educação freiriana, vitais para sua compreensão:

1. Os homens são oprimidos e opressores;
2. Oprimidos e opressores não existem isoladamente, mas sim dentro da unidade dialética oprimido-opressor.
3. Assumem estes papéis dentro das possibilidades que lhes são apresentadas pela realidade concreta que vivenciam;
4. A sociedade se organiza de forma a produzir oprimidos e opressores, portanto necessita ser transformada;
5. Cabe aos oprimidos transformar a sociedade, libertando a si mesmos e a seus opressores⁴.

Educação Popular e Saúde

Como o pensamento freiriano se relaciona com práticas de educação em saúde no SUS? Vasconcelos (2007) afirma que, no Brasil:

Até a década de 70, a educação em saúde foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Para os grupos populares que conquistaram maior força política, as ações de educação em saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência individualizada à saúde. (Vasconcelos, 2007, p. 18)

A concepção de educação em saúde vigente nesse período histórico nos remete a uma concepção de educação popular já discutida acima: para o povo e não do povo, para adequá-lo a uma norma, higienizá-lo, medicá-lo para que sumam os sintomas, e não intervindo nas condições concretas que levam aos problemas sociais e de saúde (determinantes sociais de saúde e doença⁵).

Como o próprio Vasconcelos explica (2001 apud PEDROSA, 2007), a repressão política instaurada pelo regime militar criou condições para a

⁴ Expusemos de forma rápida e simplificada um corpo teórico extremamente denso e complexo. Entendemos que tais afirmações podem gerar uma série de dúvidas e questionamentos. Para um aprofundamento do assunto, recomendamos a leitura, além das obras do autor, textos sobre a teoria Marxista por Karl Marx e Friedrich Engels e a Teologia da Libertação por Leonardo Boff e Gustavo Gutiérrez, que exerceram grande influência sobre o pensamento de Paulo Freire.

⁵ Utilizamos a definição de determinante social de saúde/doença proposta pela Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS): “Os determinantes sociais de saúde apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde.” (CNDSS, 2005).

organização de uma série de movimentos sociais de caráter popular, muitos vinculados à Igreja Católica, que conseguiu se preservar dessa repressão. Foi esse vínculo entre Igreja Católica e movimentos populares que facilitou o intercâmbio e engajamento conjunto entre intelectuais de diversas áreas e os membros dos movimentos. Nesse contexto, o arcabouço teórico-político da Educação Popular freiriana é que norteou a maneira como intelectuais e classes populares dialogavam.

Especificamente na saúde, uma série de profissionais insatisfeitos com as políticas de saúde instauradas começou a desenvolver experiências diferentes de trabalho, desvinculadas do Estado, priorizando o diálogo com os usuários dos serviços de saúde, na busca conjunta de soluções técnicas, aliando saber popular e acadêmico. Desse movimento de aproximação entre trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde surgiram muitos dos princípios norteadores do SUS, que viria a se estruturar após o período da redemocratização. A própria história do SUS, portanto, está intimamente ligada a da Educação Popular. É por meio do engajamento político conjunto, mediado pelos princípios da Educação Popular, que usuários e profissionais – ambos oprimidos de maneiras diferentes – conseguiram dar início a uma transformação radical na maneira de se fazer saúde no país.

Entretanto, segundo Pedrosa (2007) e Vasconcelos (2007), apenas a criação dos mecanismos institucionais do SUS não garante uma transformação imediata e completa dos paradigmas que regem a maneira de se fazer saúde no Brasil. A partir dos anos 80, o foco na criação do SUS como instituição levou boa parte dos militantes para cargos de alta gestão; muitos dos quais tentam agora transformar a Educação Popular e Saúde: de uma experiência alternativa, em uma estratégia que embasa todo o funcionamento do SUS. Apesar dos avanços, ainda há muita resistência do modelo hegemônico.

A Rede de Educação Popular e Saúde, criada em 1991, articula profissionais de saúde e lideranças populares envolvidas em experiências de incorporação da metodologia da Educação Popular como instrumento de reorientação da globalidade das políticas de saúde, como as realizadas nas administrações municipais das prefeituras de Recife (2000-2004) e Camaragibe (1996-2004), em Pernambuco e no governo estadual de Miguel Arraes (1994-1998), também em Pernambuco.

Conforme nos aponta Pedrosa (2008), podemos utilizar, como marco de entrada efetiva do tema “Educação Popular” nas políticas do SUS, a criação, em 2003 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde (SGTES) e da Secretaria de Gestão Participativa (SGP, atual Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE), ambas vinculadas ao Ministério da Saúde, e com o objetivo de implantar a política de gestão democrática no SUS. De particular interesse para nossa análise é a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, conhecida também como PARTICIPASUS.

Apesar de reconhecer a Educação Popular como estratégia de promoção da participação popular no SUS, observamos que o PARTICIPASUS prioriza a construção e operacionalização dos âmbitos institucionais de participação popular, perpetuando a lógica do Movimento Sanitário, que, em 20 anos de Reforma Sanitária, centrou seus esforços em construir um arcabouço jurídico e institucional que acomode a participação popular na burocracia do Sistema Único de Saúde. Ocorre que hoje a participação dos usuários está fortemente atrelada *apenas* aos mecanismos institucionais no caráter de reunião, a saber: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Estudiosos desse tema (COSTA & PAVANELLI, 2009; NEZ, 2007) realizam a crítica às políticas públicas de promoção à gestão participativa que se limitam à construção de mecanismos institucionais, apontando essa tendência como sintomática do que Vasconcelos (2004) descreve como a crença equivocada de que, uma vez garantidos e aperfeiçoados os espaços formais de implantação do controle social, o princípio da participação popular se opera como que espontaneamente. De fato, observamos em nossa atuação dentro da saúde pública, e durante a realização de círculos de cultura com usuários do SUS, que muitos destes, mesmo tendo conhecimento da possibilidade de atuar ativamente na gestão pública da saúde por meio dos conselhos locais e municipais, se abstêm dessa participação.

Segundo Pedrosa (2007) e Vasconcelos (2007), apenas a criação dos mecanismos institucionais do SUS não garante a transformação dos paradigmas que regem a maneira de se fazer saúde no Brasil, uma vez que essas instâncias, por estarem presas às questões gerenciais do sistema, não dão conta de implementar a participação dos usuários na redefinição da maioria das ações de saúde executadas no dia-a-dia dos serviços.

Não se trata de negar a importância da construção da democracia nos espaços institucionais de participação popular, mas sim de constatar que para que essa participação seja efetiva os espaços de promoção do controle social devem extrapolar os instituídos, de forma que a participação popular faça parte do cotidiano de usuários e profissionais de saúde, legitimando-se como

práxis na medida em que é exercida em toda a extensão do SUS, não apenas nas instâncias formais.

A Educação Popular como estratégia visa à participação popular na gestão e implementação de uma política de saúde pública onde a comunidade possa evidenciar e construir conhecimentos e práticas em saúde conjuntamente com equipe técnica. Essa perspectiva de trabalho se contrapõe ao modelo educativo vigente, em que ações de educação em saúde são normativas, tendo como objetivo principal a transmissão de um conhecimento visto como necessário para se levar uma vida saudável, uma vez que esse seria o grande problema de saúde no país: a falta de informação sobre os processos de saúde e doença. Porém, na maioria das vezes, trata-se de um conhecimento distante da realidade dos usuários e que coloca na figura do médico um poder sobre o indivíduo e suas práticas de saúde. Assim, a ação educativa na Educação Popular ocorre no sentido de identificar, problematizar e intervir sobre as questões sociais de determinada comunidade que atravessam as práticas e concepções sociais de saúde/doença.

Nesse sentido, faz-se necessária a promoção de espaços onde a lógica produtivista hegemônica seja questionada coletivamente, como ocorreu nas décadas de 1970 e 1980. Os Círculos de Cultura, uma das maneiras de se trabalhar em Educação Popular, configuram um espaço com essas características, como veremos a seguir. Sua implementação no cotidiano das unidades de saúde seria um passo importante para a promoção da participação de usuários e trabalhadores na gestão do SUS – tanto nos Conselhos de Saúde quanto no funcionamento do cotidiano das unidades e da comunidade em seu entorno.

Círculo de Cultura – Apresentação

Até aqui apresentamos Educação Popular como movimento político e como teoria pedagógica, aplicável à educação em saúde no SUS. Falaremos agora de uma maneira específica de se trabalhar na perspectiva da Educação Popular: O Círculo de Cultura⁶. É importante advertirmos que, embora

⁶ Novamente optamos por grafar um termo em maiúsculas, para ressaltar que Círculo de Cultura não é apenas um método ou técnica, e sim um espaço em que se trabalha dentro de uma perspectiva de educação, segundo os preceitos de uma filosofia de educação bem-definida (Almeida, 2008). É isso que o define, e não seus aspectos formais, como tempo de duração, tipo de atividade utilizada, etc.

o delineamento de um método de trabalho seja reconfortante para aqueles que estão iniciando o contato com a Educação Popular, o próprio Freire afirma que devemos cuidar para não nos “engessarmos” dentro de um método rígido, reproduzindo-o mecanicamente (Freire, 1977; Almeida, 2008). Assim, encorajamos educadores populares a constantemente avaliar criticamente seu fazer educativo, modificando-o conforme necessário.

O termo *Círculo de Cultura* era utilizado por Freire para denominar os “grupos de alfabetização” nos quais trabalhava. Pode ser definido como um espaço dinâmico e horizontal de aprendizagem, onde os sujeitos participantes investigam questões que lhes são significativas, problematizando situações da sua própria vivência de mundo. Freire concebe a educação como um processo reflexivo e dialógico de conscientização da realidade, em que, por meio da problematização dos temas estudados, educadores e educandos constroem concepções críticas e históricas da própria realidade, instrumentalizando-se para efetivamente transformá-la (FREIRE, 1977, 1981). No caso do trabalho de alfabetização com agricultores, para além do letramento, a maneira como Freire situava a formalização da leitura nesses grupos se mostrou transformadora no sentido político.

Fundamentalmente, o trabalho com *Círculos de Cultura* envolve um grupo de pessoas travando um debate sobre determinado tema, com a figura de um ou mais coordenadores apresentando a temática, organizando a discussão e sintetizando-a ao final do encontro. Essa atividade aparentemente simples, entretanto, requer um manejo cuidadoso da coordenação, de modo que ocorra de acordo os pressupostos pedagógicos da Educação Popular. Seguem alguns apontamentos sobre características que consideramos essenciais para esse método de trabalho.

Uma característica desses grupos é a importância de se estabelecer um diálogo entre todos os seus membros. Em contraposição ao modelo de educação hegemônica, o qual Freire chama de “modelo bancário” (Freire, 1977; 1980) em que o aluno é encarado como objeto depositário do conhecimento do professor, e sua única função é absorver passivamente o que lhe é transmitido pelo mestre, Freire prega o aprendizado como ato ativo e criativo, que só pode se dar por meio do diálogo horizontal e sincero entre sujeitos-educandos e sujeitos-educadores.

É de suma importância frisarmos que o termo *diálogo* para Freire tem um significado distinto do simples ato de comunicação entre duas ou mais pessoas. Esse é um equívoco que presenciamos algumas vezes em nossa

prática educativa: o diálogo é proposto, mas durante as atividades as falas acabam se centralizando na figura tradicional de autoridade: professor, médico, universitário (todos “doutores”). Precisamos ter consciência, em nossa prática educativa, de que lidamos com pessoas que muitas vezes se relacionam há anos com figuras de poder – legitimado por sua detenção de um discurso técnico-científico – de forma submissa (BOURDIEU, 2006). Não é de repente que essa forma de se relacionar se modifica. Precisamos atuar no sentido de modificar as formas de se relacionar cristalizadas, sejam elas entre os sujeitos-aprendizes e nós-mesmos, ou entre aqueles e outras pessoas que exercem ou exerceram funções semelhantes às nossas.

À maneira que Paulo Freire frequentemente fazia em seus escritos, julgamos oportuno exemplificar essa questão com uma situação real vivida por um dos autores, quando trabalhou, conjuntamente com uma colega graduanda em sociologia, alfabetizando jovens e adultos (fora do contexto da educação em saúde, mas seguindo os preceitos da Educação Popular) num dos morros que circundam Florianópolis:

Lembro-me que, em nosso primeiro encontro, com um grupo de quatro ou cinco trabalhadores que haviam se interessado pela perspectiva de alfabetizar-se, gastamos um tempo considerável explicando, em linguagem acessível, que trabalharíamos de uma forma diferente do que estavam acostumados (havíamos discutido previamente que experiência prévia os alfabetizados tinham com espaços de ensino), e que era muito importante que eles realmente se sentissem à vontade para nos dizer o que pensavam sobre a maneira que iríamos fazer as coisas, como era importante que eles participassem das discussões nos dizendo o que de fato pensavam, pois só assim nossa maneira de trabalhar daria frutos. Ao final de nossa explanação, perguntamos aos alfabetizados o que achavam dessa perspectiva de trabalho, diferente das que estavam acostumados. Ficaram em silêncio, até que um senhor se manifestou, afirmando algo como ‘se o professor acha bom, então deve ser bom. Se o professor manda a gente participar, então a gente participa.’ Todos acenaram com a cabeça em concordância”.

Consideramos este um exemplo emblemático de como as relações de autoridade se cristalizam durante a vivência prévia de uma situação similar. No caso, os sujeitos já haviam apreendido que na sala de aula o que o professor diz é o certo, uma vez que ele é o dono do saber, o sujeito ativo do processo educacional. A eles, alunos, cabia apenas escutar, concordar e obedecer, na cega confiança de que o mestre os conduziria ao conhecimento.

Não foi apenas discursando sobre como os educandos poderiam sentir-se à vontade para participar, e que de fato disso dependia o sucesso do processo de aprendizagem. Na verdade, isso pouco fez efeito. A relação de diálogo foi construída ao longo das atividades, conforme os vínculos de amizade e confiança se estabeleceram.

De maneira similar, já presenciamos atividades em grupo em Centros de Saúde em que todos sentam em roda e conversam entre si sobre um tema, mas no fim, a palavra última, inquestionavelmente, sobre um assunto, é a do médico, ou da enfermeira, ou da dentista... Obviamente, pode ocorrer que os participantes de fato concordem com a opinião do profissional de saúde, que afinal, detém um saber diferenciado, mas se isso ocorre sempre, ou se as pessoas ficam em silêncio quando falamos, mas observamos que seus trejeitos e expressões corporais revelam discordância ou dúvida não verbalizada, devemos questionar se o que está ocorrendo é efetivamente um diálogo, e problematizar essa questão com o grupo.

Até agora focamos nossa discussão sobre Educação Popular e saúde na questão da participação dos usuários no controle social, mas vale abordarmos brevemente a importância de trabalharmos também a emancipação pessoal de cada pessoa na maneira como se relaciona com a própria saúde. É importante que os usuários sintam-se capazes de escutar e compreender o mal que lhes acomete (naturalmente, em termos compatíveis com seu domínio da língua), bem como se sentir à vontade para perguntar e questionar a opinião do profissional de saúde, não aceitá-la como verdade absoluta, nem renegá-la sem admití-lo na frente do profissional (como alguns usuários que concordam com o profissional durante a consulta, mas não seguem a terapêutica indicada). Na medida em que o usuário sente-se capaz de dialogar sinceramente com um profissional de saúde, a relação se horizontaliza, a despeito do que a sociedade diga sobre a diferença no nível de formação dos sujeitos, e o usuário se emancipa da posição de oprimido pelo modelo hegemônico de saúde, segundo o qual ele deve apenas seguir as ordens de um outro. Além disso, o vínculo entre usuário e profissional se fortalece, potencializando a interação entre ambos.

Finalmente, encerrando a problemática da dialogicidade, estabelecer uma relação horizontal com os sujeitos-educandos não significa nos omitirmos (profissionais de saúde, professores, universitários) da posição de detentores de um saber distinto do dos educandos-usuários. Esse é um tema que eventualmente ressurge quando discutimos Educação Popular.

Nós realmente sabemos muito mais coisas sobre alguns assuntos do que muitos educandos e usuários, bem como estes certamente conhecem muito mais sobre outros do que nós. Numa relação de horizontalidade é importante que esse fato possa ser discutido de forma franca, pois se omitimos nosso saber por medo de constranger o outro, tampouco estamos realizando um diálogo sincero. Devemos cuidar apenas para colocar nosso saber de forma não impositiva e opressora, e receber o saber alheio com respeito. O conflito de opiniões que pode surgir constitui parte essencial do processo de diálogo e construção crítica, e deve ser trabalhado de forma madura.

Temas Geradores

Outro procedimento utilizado por Freire para horizontalizar as relações, de forma a promover a dialogicidade nos espaços de educação, é a utilização de *palavras ou temas geradores* em vez de conteúdos programáticos fixos definidos pelo professor/coordenador da atividade. Os assuntos que eram tratados nesses círculos diziam respeito ao que era relevante para os educandos presentes. Ao conhecer o grupo, o mediador intervinha nele até que se chegasse a um tema gerador comum a todos os membros daquele grupo. Esse trabalho era feito através de diálogo, onde o mediador renuncia ao lugar de saber/poder para construir com o educando o conhecimento.

A partir dos Círculos de Cultura, os trabalhadores rurais com que Freire trabalhava não só passavam a ler e escrever como também a refletir criticamente sobre o seu fazer no mundo e sobre o mundo no qual viviam. É o que Freire chama de “ler o mundo” (1991).

Para Freire (1993), a educação de adultos demanda que os educadores e educadoras estejam sensíveis à realidade que cerca os educandos. Assim, a percepção da realidade, o conhecimento que os educandos apresentam (sua leitura de mundo, suas práticas etc.) constitui o ponto de partida para o trabalho do educador. A educação caminha para se fazer popular, do povo.

O trabalho com temas geradores é outro aspecto crucial para que se estabeleça uma relação horizontal entre educador e educando, e para que o processo de educação ocorra de forma emancipatória, pois leva o sujeito a refletir ativa e criticamente sobre a *própria* realidade, e não sobre algum tema aleatório trazido pelo educador, que pode nada ter a ver com sua vivência particular da realidade.

Não obstante sua importância, o trabalho com temas geradores é um ponto algumas vezes mal-interpretado. Partir da realidade do educando

não significa que o educador realiza seu trabalho sem planejamento prévio, ou sem colocar sua própria visão da realidade. Acreditamos que deve haver uma intencionalidade prévia no trabalho, que deve ser maleável, mas objetivar a reflexão crítica sobre a realidade. Exemplificando, Freire, no seu trabalho com agricultores, tentava trabalhar temas como relações de poder opressoras e participação política. Talvez percebesse que em uma comunidade específica fizesse mais sentido iniciar a discussão desses temas a partir do problema concreto de um caminhão pipa que quebrou e não foi consertado pela prefeitura, deixando a comunidade sem água, do que problematizando os problemas da constituição brasileira da época, mas um dos objetivos do trabalho é auxiliar os educandos a estabelecer relações entre sua vivência particular da realidade com fatos além dela (como a constituição brasileira, por exemplo).

Mais preocupante, entretanto, é o outro extremo de uma interpretação errônea sobre o uso de temas geradores. O coordenador de um grupo pode entender que o Círculo de Cultura não passa de um “grupo de conversa”, que não carece de preparo prévio algum, nem de intervenção planejada durante o trabalho, pois “conversará sobre o que os usuários trouxerem”. Aqui o Círculo de Cultura perde por completo seu caráter educativo e emancipatório, pois o educador deixa de atuar como fomentador da crítica no grupo. Compreendemos que alguns grupos de promoção à saúde constituam apenas conversas com os usuários, mas definitivamente se trata de trabalho distinto da Educação Popular.

Na saúde, a utilização de temas geradores pode ocorrer partindo-se de uma discussão sobre o que os usuários entendem de algum processo de saúde ou doença que é relevante para o grupo. Primeiro, portanto, escutamos o que os usuários sabem, e então contrapomos o saber científico, fomentando uma discussão sobre as duas visões, tomando cuidado para valorizar o saber popular, de forma que usuários sintam-se à vontade para questionar, concordar e discordar do saber científico.

A reflexão crítica

Por sua postura filosófica e teórica, Freire percebe o homem como sujeito do seu fazer. Isso significa que os homens devem ter consciência crítica de seu lugar social e as relações que estabelece com a sociedade. Para isso, é importante uma prática educativa que inclua o educando no processo através

do diálogo em detrimento da educação que visa construir um homem idealizado, ao qual só interessam os conteúdos determinados por alguém não acessível ao educando e que não experiencia sua realidade. Há uma diferença tênue, a nosso ver, entre trabalhar com a intencionalidade de estimular a reflexão crítica sobre a realidade, e conduzir o trabalho para que os educandos concordem com a visão crítica que o próprio educador possui. Essa questão pode ser particularmente problemática na área da educação em saúde, em que, como já comentamos, a perspectiva hegemônica objetiva o aprendizado de comportamentos “ideais” de saúde.

No trabalho que realizamos com Círculos de Cultura em um grupo de tratamento ao tabagismo, por exemplo, uma usuária, após se informar melhor sobre o cigarro e o vício, e discutir com o coordenador do grupo e com outros usuários a respeito do assunto, decidiu que iria continuar fumando, e parou de se sentir culpada por isso. Naturalmente não é o resultado esperado por um profissional de saúde num grupo desse tipo, mas o usuário realizou uma reflexão crítica e terminou em um lugar diferente de onde havia começado o grupo. Devemos insistir que ele está errado e deve parar de fumar, porque nós, detentores do saber, sabemos que fará mal para sua saúde? Deixamos a questão aberta à reflexão.

Como já colocamos acima, a construção de consciência crítica sobre a realidade é parte essenciais do trabalho em Educação Popular. Estabelecer uma relação reflexiva com o mundo e compartilhá-la com o próximo são passos importantes do processo educacional para Paulo Freire (Gadotti 1996 apud Almeida, 2008). O *Círculo de Cultura*, portanto, apresenta-se como prática de intervenção de caráter político (vale ressaltar que utilizamos o termo desprovido de seu caráter partidário). Entendemos por intervenção política a ação em que o sujeito reflete criticamente sobre a produção de sua realidade e a partir dela transforma sua relação com a produção dessa realidade. No âmbito da saúde pública, sustentamos que discutir coletivamente os processos sociais de produção de saúde e doença cria condições para que usuários e profissionais se assumam como protagonistas na produção (e promoção) de saúde. Da mesma forma, discutir criticamente possibilidades de intervenção dos usuários nos determinantes sociais de saúde e doença, por meio da participação na gestão do SUS constitui ato emancipatório e transformador.

Pensamos que o Círculo de Cultura pode ser utilizado também como ferramenta de promoção de saúde e emancipação política dentre os trabalhadores de uma determinada unidade de saúde. Vimos sinais, em nossa

experiência com o SUS, de como profissionais de saúde podem conviver cotidianamente com sobrecarga e em condições precárias de trabalho, o que pode levar a um sentimento de desilusão em relação ao trabalho, uma vez que não vêem perspectiva de mudança na situação, porque se sentem impotentes para transformar suas próprias condições de trabalho, ou porque se vêem oprimidos pela hierarquia rígida que se estabelece dentro do sistema de saúde. São problemas que devem ser problematizados em grupo, tanto para promover saúde por meio da descarga de stress, quanto para se pensar coletivamente e criticamente possíveis soluções para os problemas (efetivamente, promoção de auto-gestão no local de trabalho). Essa é uma temática já abordada pelo próprio Ministério da Saúde na *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (2006). Apesar do documento não citar especificamente a Educação Popular como ferramenta de intervenção para promoção da auto-gestão, acreditamos que seria uma maneira adequada de lidar com a problemática.

Materialidade

Consideramos importante também discutir a questão da materialidade dentro do trabalho de perspectiva freiriana. Frequentemente utilizamos o termo “consciência crítica” ao nos referirmos a um dos objetivos do trabalho em Educação Popular. O conceito de “consciência” frequentemente é compreendido em oposição à materialidade, ou seja, gerar consciência crítica não necessariamente envolveria uma transformação efetiva na maneira como um sujeito se relaciona com o mundo. É importante esclarecer que Paulo Freire trabalha dentro de uma perspectiva materialista de consciência, em consonância com a tradição marxista, que afirma que não há separação real entre mental e material. Isso não quer dizer que pensamentos são iguais a objetos, mas sim que tanto pensamentos quanto ações e objetos fazem parte do mundo material, com o qual o homem interage a todo o momento, transformando-o e ao mesmo tempo sendo transformado por ele. É importante, portanto, não trabalharmos apenas no nível do discursivo ao atuarmos com Educação Popular. Se o coordenador de um grupo pode tomar posição ativa para a resolução de um problema, deve fazê-lo, não para o grupo, mas com o grupo.

Assim, por exemplo, deve-se estimular a participação de usuários na gestão do SUS não apenas verbalmente, mas oferecendo condições materiais

para que isso de fato aconteça (espaços adequados e horários condizentes com a jornada de trabalho da maioria da população, por exemplo). Da mesma forma, devemos avaliar um trabalho em Educação Popular não apenas a partir da opinião dos participantes e de seus relatos de aprendizado, mas também verificando se houve efetivamente modificações na maneira com que as pessoas se relacionam com o mundo, e que características essas modificações apresentam. É imprescindível, portanto um monitoramento posterior ao trabalho dos sujeitos envolvidos no mesmo, visando a avaliação dos resultados.

No que diz respeito à avaliação de ações de promoção de participação popular nos mecanismos de controle social do SUS, as *Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS* afirmam:

No tocante à avaliação, esta deverá ter como base os objetivos alcançados, conteúdos desenvolvidos, metodologias aplicadas, troca de experiências e, principalmente, o reflexo nas deliberações do Conselho de Saúde e participação da população na gestão do SUS. Os mecanismos de acompanhamento e avaliação adotados devem estar voltados tanto para o processo de educação permanente para o controle social no SUS em si, quanto para seus resultados.

Sobre os resultados, deve-se enfatizar a necessidade da realização de estudos que possam identificar o impacto das ações de educação permanente para o controle social no SUS, além de estudos sobre a prática, atuação e a contribuição dos Conselheiros de Saúde e dos demais sujeitos sociais para o fortalecimento da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde. (Ministério da Saúde, 2006, pp. 31-32)

A utilização do Círculo de Cultura na Educação em Saúde

Apresentamos a seguir, com o objetivo de exemplificar de forma concreta um trabalho com Educação Popular e Saúde utilizando Círculos de Cultura, parte de nosso trabalho em um Centro de Saúde de Florianópolis⁷.

Nossas atividades ocorreram dentro do âmbito da Pesquisa PET, que propõe atividades coletivas de pesquisa entre professores, estudantes dos cursos de saúde da educação superior e profissionais da rede municipal

⁷ Dado o objetivo didático deste texto, vamos nos ater à descrição de nossas atividades e não à análise dos resultados da pesquisa realizada.

de saúde. Uma característica importante da proposta da Pesquisa PET é seu caráter de pesquisa-ação (Thiollent, 2009), pois, por meio da utilização de *Círculos de Cultura* como ferramenta de coleta de dados e de intervenção, pretende criar espaços dentro das unidades de saúde em que todos os envolvidos no sistema de saúde (agentes comunitários, servidores, equipe médica e usuários) possam discutir suas concepções sobre saúde, doença e o SUS, compartilhando saberes múltiplos e construindo conjuntamente práticas em relação à saúde.

Partimos da seguinte pergunta-tema, definida pela coordenação do programa, e que orientou nossa atuação nos *Círculos de Cultura*: *Quais as percepções sobre o processo saúde-doença e atenção à saúde da equipe multiprofissional e dos usuários da atenção básica?* A utilização do *Círculo de Cultura* possibilitou simultaneamente a coleta de dados e a intervenção nos grupos de trabalho. Na medida em que problematizamos as questões de pesquisa com os participantes, identificamos núcleos temáticos predominantes em suas concepções acerca de saúde, doença e o funcionamento da atenção básica e do SUS. Trabalhamos esses núcleos temáticos por meio da discussão dos diferentes conhecimentos apresentados pelos participantes (incluindo nós mesmos), as concepções de saúde difundidas pelo SUS e as relações cotidianas que os participantes mantinham com sua saúde e com o sistema público de saúde. Discutimos os saberes dos participantes, o lugar e da importância desse conhecimento nas práticas de saúde e o questionamento de concepções cristalizadas sobre estas práticas, como veremos.

Como se tratou de uma pesquisa cuja pergunta-tema já havia sido estabelecida previamente, o foco desse trabalho foi discutir sobre percepções de saúde-doença, inviabilizando um enfoque no debate sobre controle social. Não obstante, julgamos válido utilizá-lo como exemplo do emprego da metodologia da Educação Popular no contexto da saúde pública.

Preparação

No Centro de Saúde em que desenvolvemos nossas atividades, a pesquisa PET foi realizada por acadêmicos da Psicologia, Enfermagem e Educação Física, profissionais da Medicina, Enfermagem, Odontologia, uma profissional de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

e professoras do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)⁸.

Consideramos importante expor aqui que, antes de iniciarmos nosso trabalho no Centro de Saúde, organizamos uma série de encontros entre os próprios acadêmicos, de caráter de formação, para que pudéssemos nos conhecer melhor, compartilhar expectativas sobre o trabalho e conhecimentos sobre o SUS, Educação em Saúde e Educação Popular, bem como ler textos sobre essas temáticas e discutir seu conteúdo, para então planejar conjuntamente as atividades que iríamos coordenar.

Efetivamente, passamos por um período preparatório, organizado e coordenado pelos próprios acadêmicos com o auxílio de professores, utilizando um formato similar aos dos Círculos de Cultura que coordenaríamos posteriormente. Consideramos essa fase de nosso trabalho muito importante, principalmente ao levarmos em conta quão pouco se aprende sobre Educação Popular nos cursos de saúde de nossa Universidade.

Encontros

Estruturamos a realização dos Círculos de Cultura da seguinte maneira: Iniciávamos com uma retomada do que foi discutido no encontro anterior, abrindo espaço para reflexões realizadas no entretempo dos encontros. A partir da discussão anterior e da análise de temas geradores, sugeríamos um tema em torno do qual a discussão central do encontro giraria. Se o tema fosse aceito, a discussão se iniciava; do contrário, realizávamos uma discussão sobre o tema do encontro (o que usualmente resulta na eleição espontânea pelo grupo de um tema de discussão). Ao final do encontro, sistematizávamos os pontos centrais debatidos pelo grupo, e dávamos espaço para que os participantes complementassem ou discordassem. Finalmente, alguns minutos eram reservados para que os participantes pudessem avaliar o encontro e para outras colocações.

Optamos por trabalhar com grupos que já vinham sendo realizados pelos profissionais de saúde, uma vez que nos possibilitaria operar dentro

⁸ Agradecemos às profissionais do CS Trindade, Camila Stefanés, Karine Zolet, Magda e Bianca e Alessandra (ver sobrenomes) e às colegas de estudo e trabalho, Aline Cristina da Rosa, Thaís Boing Batista, Alana de Siqueira Branis Nunes, Débora Rainho Araújo, Tahiná Lameiras Diniz e profa. Dra. Denise Cord, pela participação no planejamento e execução de nosso projeto, bem como na análise dos dados resultantes.

do contexto cotidiano do CS ao invés de um grupo “ideal” criado para os fins de nosso trabalho. Elegemos dois grupos de tratamento ao tabagismo e um grupo de caminhada para usuários da terceira idade vinculado ao projeto Floripa Ativa.

O projeto *Floripa Ativa* consiste em promover atividade física, no caso caminhada e alongamentos, a idosos encaminhados por médicos da rede pública em razão da possibilidade do indivíduo beneficiar-se desta prática. Os participantes são acompanhados por uma educadora física do NASF. Participamos de oito desses encontros, coordenando círculos de cultura ao final da atividade física. Nestes, muitos temas surgiram a partir das falas dos participantes. Alguns se destacam por terem sido recorrentes, tais como: a criação e educação dos filhos, responsabilidade social / ambiental, independência e auto-cuidado.

Durantes os encontros com o grupo de caminhada, procurou-se dar espaço para as vivências de cada um. Conforme os relatos surgiam, cada participante contribuía com suas próprias vivências ou com questionamentos acerca dela. Apesar dos participantes apresentarem histórias de vida distintas, condições socioeconômicas diferentes e durante sua infância terem tido acesso diferenciado à educação formal, no último encontro ficou claro a partir da fala de um participante que “eles têm coisas em comum, muito mais do que imaginavam”. Foi possível perceber que o momento de discussão era agradável e convidativo aos participantes. Isso se evidenciou também através da fala de outro participante que agradeceu pela oportunidade de relatar suas vivências. Para nós, estudantes das áreas de saúde, foi uma oportunidade de entrar em contato com a comunidade de uma forma diferenciada.

Já discutimos anteriormente a importância de se estabelecer um diálogo dentro das possibilidades dos sujeitos participantes. Por meio de nossa experiência consideramos que ao entrar em diálogo com os participantes, pudemos também aprender e enriquecer nossa formação enquanto profissionais de saúde.

Nos grupos de tratamento ao tabagismo, em que trabalhamos junto com profissionais de saúde e usuários do CS, partimos da necessidade imediata dos sujeitos – parar de fumar, ou diminuir o número de cigarros fumados durante o dia – para problematizar questões como: diferentes posturas no auto-cuidado, o potencial de atividades em grupo como prática de saúde, a importância da vivência em grupo na saúde e em outros contextos, diferentes tipos de cobrança social sobre o fumante, o grupo e a medicação

como tecnologias de saúde. Pretendíamos abordar a temática da participação dos usuários na gestão do SUS – pensamos em introduzir este tema a partir da constatação dos usuários de que o atendimento na atenção básica às vezes se mostrava aquém de suas expectativas – mas não houve tempo para tal, uma vez que os grupos se encontravam apenas quatro vezes, e então a frequência dos encontros diminuía, bem como a participação dos usuários.

Trabalhando dentro dos pressupostos da teoria freiriana, entendemos que não havia espaço para prescrição de comportamentos (nesse caso, o de parar de fumar), mesmo porque esse trabalho já era feito no CS Trindade, em atividade que ocorria logo após o Circulo de Cultura. Priorizamos em nossas atividades a oportunidade de entrar em contato com as concepções de saúde e doença dos participantes, como eles as percebem e as utilizam em seu cotidiano. Por meio das discussões que realizamos, os participantes, discutindo criticamente e questionando concepções cristalizadas, puderam se posicionar de uma maneira diferente, reconhecendo-se como agentes das suas escolhas no cuidado da própria saúde.

Além dos *Círculos de Cultura* realizados com os grupos de usuários, houve uma tentativa de trabalhar com uma equipe de área do CS Trindade, com a participação de profissionais e agentes comunitários de saúde, de modo a compreender e problematizar também as suas percepções sobre o processo de saúde e doença. Entretanto, em razão da grande sobrecarga de trabalho, essa equipe em particular tinha dificuldades em realizar suas reuniões de área com regularidade. Frequentemente os trabalhadores tinham que “encaixar” essa reunião em qualquer oportunidade em que todos tinham uma “janela” nas atividades do dia-a-dia. Devido a essas condições, a atividade tornou-se inviável, uma vez que os acadêmicos não conseguiram adequar seus horários de trabalho aos da equipe.

Foi possível realizar apenas um encontro com essa equipe. Foram levantados temas que se mostraram de grande importância para nossa compreensão da realidade dos trabalhadores do SUS na atenção básica: a gratificação de atuar diretamente com a comunidade e nos determinantes sociais da doença, os benefícios e dificuldades de se trabalhar em equipe, a dificuldade de atuar intersetorialmente, a dificuldade de organizar e mobilizar a comunidade, a ausência de um conselho local de saúde, o risco de lidar com a violência do bairro, a frustração de não conseguir ajudar a todos, e, principalmente, a falta de condições materiais adequadas para realizar o trabalho – estrutura física, material médico, sobrecarga de trabalho

e recursos humanos – e a impossibilidade de reivindicar medidas da gestão municipal para suprir essas carências.

Infelizmente, nossa breve experiência com essa equipe de área serviu principalmente para nosso contato com questões que permeiam seu cotidiano, uma vez que não conseguimos problematizar essas questões a fundo em apenas um encontro. Não obstante, avaliamos que esse momento de “choque com a realidade” constituiu importante momento de formação para os acadêmicos envolvidos.

Avaliamos que nosso trabalho no Centro de Saúde de Florianópolis gerou resultados positivos para os participantes – acadêmicos, profissionais e usuários – dentro dos limites que o curto tempo de atuação nos impôs. Conseguimos problematizar questões importantes sobre a percepção dos processos de saúde e doença e o atendimento na atenção básica. Alguns usuários envolvidos relataram mudanças de comportamento – particularmente no que diz respeito ao auto-cuidado – que avaliaram como positivas.

Refletindo criticamente, acreditamos que nossa experiência abriu um leque de possibilidades para que trabalhos posteriores sejam realizados se utilizando da teoria e metodologia da Educação Popular, enfocando especificamente a promoção da participação popular na gestão do SUS. Decerto, a continuidade dessas atividades se faz necessária tanto para a consolidação da Educação Popular como estratégia de intervenção na atenção básica quanto para seu aperfeiçoamento, por meio da reflexão crítica sobre seu próprio fazer.

Considerações Finais

Frequentemente, nos perguntamos por que cidadãos não participam dos conselhos de saúde, uma vez que a maioria constata a existência de problemas no atendimento de saúde à população. Entretanto, após uma reflexão mais profunda da questão, acreditamos que a pergunta que deve ser feita é outra: *Por que deveriam os cidadãos participar da gestão da saúde pública?* Por que deveriam fazê-lo se, durante toda a vida, na escola, no trabalho, na atuação política limitada ao voto em representantes, a maioria da população jamais foi chamada a participar efetivamente de tomadas de decisão? E quando tenta participar diretamente de decisões sobre a legislação, via manifestações e greves, é violentada moralmente (quando não fisicamente) pelos mecanismos autoritários do Estado? Como afirma Vasconcelos (2007):

É no cotidiano das práticas de saúde que o cidadão é desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional, que, em vez de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza. É preciso levar a democratização da assistência à microcapilaridade da operacionalização dos serviços de saúde. Sem a participação ativa dos usuários e seus movimentos na discussão de cada conduta ali implementanda, os novos serviços expandidos não conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral. (Vasconcelos, 2007, pp. 24-25)

O que se coloca como necessário, portanto, é uma política de promoção do controle social que deixe de encarar a participação popular como algo que ocorre apenas aqui e ali, em instâncias delimitadas – conselhos de saúde, conferências de saúde –, mas como algo que deve permear, em maior ou menor grau, todas as interações do usuário com a rede de saúde.

Ao encarmos o controle social como uma política transversal do SUS, devemos entender a Educação Popular – política de promoção ao controle social – também como transversal. Assim, a educação em saúde transcende seu papel restrito de atividades que ocorrem ocasionalmente, e de cunho majoritariamente informativo, e se torna uma estratégia que deve se efetivar em toda a interação dos profissionais da rede com a população.

É nessa perspectiva de Educação Popular em saúde que o Círculo de Cultura se apresenta como metodologia que viabiliza a materialização de espaços de diálogo dentro do serviço de saúde, nos diferentes seus diferentes níveis de atenção, objetivando a problematização conjunta, entre profissionais e usuários da saúde, dos problemas de saúde enfrentados numa micro-área, num bairro, numa cidade. Criar um momento, dentro da lógica produtivista que rege o cotidiano no atendimento à saúde – lógica particularmente marcante na atenção básica –, em que se propõe a discussão coletiva, a problematização de problemas determinantes da doença, para além da necessidade imediata de atender o maior número possível de doentes num determinado período de tempo, é o primeiro passo no processo de efetiva inserção dos atores do SUS – usuários e profissionais – na gestão participativa dos espaços que ocupam.

Terminamos retomando a epígrafe deste texto, e explicando que refere-se a algumas propriedades fundamentais da tradição teórico-prática marxista de que Freire se utilizou em sua pedagogia: seu compromisso com

a realidade concreta, sua capacidade de se reinventar a partir da análise desta, e sua crítica ao dogmatismo teórico, alheio à realidade que o cerca. Em consonância com esses princípios, recomendamos aos leitores que estão se iniciando no estudo teórico e nas práticas da Educação Popular e da Educação em Saúde que o façam munidos da reflexão e da crítica – inclusive ao próprio trabalho –, de modo a desenvolver seu fazer profissional de acordo com as necessidades e desafios de seu contexto de atuação. Esperamos sinceramente que este texto possa ajudá-los em sua prática.

Referências

ALMEIDA, Laura Isabel Marques Vasconcelos de. **Teoria Freiriana**. In: Revista Educação e Linguagem, 2008.

ARROYO, Miguel. **Paulo Freire e o Projeto Popular para o Brasil**. In: SOUZA, Ana Inês (org.). Paulo Freire: Vida e Obra. **São Paulo: Expressão Popular, 2001**.

BERTOLINI, Marilene A. Amaral. **Sobre educação: diálogos**. In: SOUZA, Ana Inês (org.). Paulo Freire: Vida e Obra. **São Paulo: Expressão Popular, 2001**.

BÓRON, Atílio A. **Aula inaugural. Pelo necessário (e demorado) retorno ao marxismo**. In: BÓRON, Atílio A.; AMADEO, Javier.; GONZÁLES, Sabrina. (orgs.). A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas. São Paulo: Expressão Popular, 2007. cap.2.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2006.

BRASIL, COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Ação Sobre os Determinantes Sociais da Saúde: Aprendendo com Experiências Anteriores**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-A%C3%87%C3%83O%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 29 de fev. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais para o processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS**. Brasília: Ed MS, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: 28 de fev. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ed MS, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>>. Acesso em: 29 de fev. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ed MS, 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>. Acesso em: 28 de fev. 2012.

CAMPOS, G. W. de S. **O anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998.

COELHO, V.S.P. **Conselhos de saúde enquanto instituições políticas**: o que está faltando? In: COELHO, V.S.P ; NOBRE, M. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: editora 34, 2004.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA, Renato Eliseu; PAVANELLI, Érika Maria. **Democracia Participativa: O Caso dos Conselhos de Saúde – da Lei à Praxis**. In: Jornada de Administração Pública - UNESP, 2008, Araraquara. Anais Eletronico da Jornada de Administração Pública / UNESP, 2008. Disponível em: <<http://www.jornap.com/IIIJornap/anais/Anais%20II /Artigos/44.pdf>>. Acesso em: 29 de fev. 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____. **Conscientização - Teoria e Prática da Libertação: Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Ação Cultural para a Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. **Política e Educação: ensaios**. São Paulo: Cortez, 1993, v. 23.

_____. **A Importância do Ato de Ler - em três artigos que se completam**. São Paulo: Cortez, 1991.

NEZ, Héloïse. **Democracia participativa e inclusão socio-política: as experiências de Bobigny (França) e Barreiro (Belo Horizonte, Brasil)**. In: Cahier de la Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités, Pratiques économiques et sociales, n° 30. Paris, 2006. Disponível em: <http://www.democraciaparticipativa.org/files/Heloise_Nez.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2012.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. **Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde**. Rev. APS, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul./set. 2008.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. **Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências**. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ed MS, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2012.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 2009.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde**. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: 14(1):67- 83, 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde**. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ed MS, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2012.



O PAPEL DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ERA NASF: ações, concepções e perspectivas

Cibeli Vieira

Walter de Oliveira

Este artigo apresenta os resultados de um estudo sobre concepções acerca da Psicologia na atenção primária na era NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família - e sobre o papel do psicólogo na atenção primária na perspectiva da inserção no modelo NASF. Uma revisão bibliográfica e documental debruçou-se, originalmente, sobre a produção acadêmica em forma de artigos, dissertações e teses e sobre as leis, decretos, normativas, portarias e outros documentos ministeriais e municipais relativos à concepção, implantação e normatização dos NASF. A percepção da categoria profissional sobre seu papel neste contexto foi buscada nas publicações do Conselho Federal de Psicologia (CFP), privilegiando um enfoque em ações realizadas e em análises sobre o processo de trabalho.

A grande prevalência de transtornos mentais de diversos graus atendidos no âmbito da atenção primária (AP) empresta particular relevância à saúde mental como área estratégica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) levando à inclusão de pelo menos um profissional de saúde mental por equipe NASF. Em Florianópolis, onde este estudo foi conduzido, pode haver até três desses profissionais por NASF, sendo dois deles psicólogos. Torna-se oportuno discutir a atuação do psicólogo na AP nesta era NASF, uma vez que a Psicologia vai assumindo, aos poucos, compromissos e responsabilidades no contexto do desenvolvimento do SUS.

O foco da Psicologia, no contexto da formação, é a clínica, mas esta formação se mantém tradicionalmente distante da evolução dos sistemas públicos de saúde. Pode-se, assim, considerar esta aproximação da Psicologia com o SUS como bem-vinda e necessária, mas também como uma novidade que merece especial atenção de estudiosos e dos diversos atores sociais envolvidos com a construção do SUS.

Com vistas a estes temas realizamos uma pesquisa de revisão sistemática de artigos, teses, dissertações, documentos e outras publicações, originalmente incidindo sobre os pontos de vista de três agentes sociais envolvidos diretamente na atuação do psicólogo na AP através dos NASF: a produção acadêmica, que subsidia diretamente a formação de atores sociais da saúde; a gestão, que condiciona o trabalho do sistema de saúde em suas várias instâncias; e os conselhos de psicologia, cuja finalidade, neste contexto, é orientar a prática de seus profissionais em encontro aos princípios e diretrizes do SUS. Neste artigo nos atemos especialmente ao ponto de vista dos psicólogos, através de seus conselhos. O trabalho conduzido no âmbito mais abrangente da pesquisa, sobre os pontos de vista da academia e da gestão (Haag, 2010) subsidiam a análise do ponto de vista desta categoria profissional.

Percurso metodológico

O ponto de vista da categoria profissional dos psicólogos, em que se centra este artigo, baseou-se primordialmente em duas publicações do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que se reportam respectivamente ao papel da Psicologia no SUS (Conselho Federal de Psicologia, 2006) e no NASF (Conselho Federal de Psicologia, 2009). A escolha destas duas publicações, dentre as várias pesquisadas de forma sistemática, deveu-se, além de sua relevância, à marcante tomada de posição por parte do CFP em relação aos temas estudados, registrada nestes documentos. Uma destas publicações, a que se refere mais propriamente ao SUS, apresenta o resultado de um amplo foro de discussões promovido pelo CFP especificamente para este fim, de visão de campo e tomada de posição. Além disso, a visão da categoria foi discutida em suas interfaces com os resultados das análises dos pontos de vista da produção acadêmica e da gestão.

Para que se colhessem os dados sobre o ponto de vista acadêmico, na pesquisa mais ampla, efetuou-se uma busca nos bancos de dados *online* Bireme, Scielo e Medline, de artigos que contivessem os descritores Psicologia ou

Psicólogo e Saúde Pública ou Atenção Primária ou Atenção Básica ou Saúde da Família, e também artigos com os descritores NASF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, publicados entre 1998 a 2010. Quinze artigos emergiram desta busca inicial, passaram por uma primeira análise e através de sua releitura criaram-se agrupamentos que os interligavam e centravam-se em temas relevantes ao estudo.

Para investigar o ponto de vista da gestão federal, elegemos o Caderno de Atenção Básica 27: Diretrizes do NASF, lançado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) como documento de referência, por resumir as políticas nacionais mais relevantes voltadas para a Atenção Básica, de Saúde Mental e de Humanização, relacionando-as com os NASF. Em relação à gestão municipal, tomamos como base Florianópolis, onde se realizou a pesquisa, com apoio no Protocolo de Atenção à Saúde Mental, publicado em 2008 pela Secretaria Municipal de Saúde (Prefeitura Municipal de Saúde de Florianópolis, 2008) e na Normativa 0001/2010 (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2010), que regulamenta os NASF neste município.

Contextualizando o NASF

A Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou-se como um programa, em 1994, que depois afirmou-se como estratégia do Ministério da Saúde, visando fortalecer o SUS e reordenar a AP⁹, reafirmando os princípios organizativos e ideológicos do Sistema: universalidade, descentralização, integralidade, equidade, hierarquização regionalizada e participação social. Esse Programa Saúde da Família (PSF) se constituía inicialmente pelas chamadas equipes de Saúde da Família (SF) compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, em alguns casos, por cirurgiões dentistas e auxiliares de consultório dentário, responsáveis por até quatro mil pessoas em áreas adscritas. A ESF, uma vez ratificada, afirma-se em sua caracterização como porta de entrada na lógica da hierarquização e regionalização do sistema de saúde e busca oferecer à sua população atenção integral, permanente e de qualidade (Brasil, 2009).

⁹ O SUS é pensado como um sistema hierarquizado, organizado em três níveis de atenção: a Atenção Primária, ou de baixa complexidade, que se configura como porta de entrada desse sistema, estando próxima às comunidades; a Atenção Secundária, ou de média complexidade, constituída pela atenção especializada e pelo atendimento ambulatorial; e a Atenção Terciária, ou de alta complexidade, composta pelos hospitais e procedimentos de alto custo.

Na visão de Franco e Merhy (2003) a ESF vem tentando substituir o modelo tradicional de assistência, com foco na doença e no hospital, procurando uma visão ampliada do processo saúde-doença, reforçando a necessidade de intervenções que ultrapassem as práticas curativas.

As equipes de SF trabalham num contexto de grande complexidade da atenção, não em termos tecnológicos, uma vez que as equipes de SF atuam na AP, mas relacionada à abrangência de suas ações pautadas nas mais variadas demandas. Em consequência, em janeiro de 2008, através da Portaria n.154, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) objetivando aumentar o escopo e o alvo das ações da AP, bem como seu poder de resolução (Brasil, 2008). A Portaria 154 não caracteriza os NASF por um espaço físico, mas por equipes multidisciplinares cujo objetivo é apoiar os profissionais das equipes de SF, compartilhando as ações em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes. Mesmo estando junto à AP os NASF não se constituem como acesso inicial ao sistema, eles devem compor a rede de serviços de saúde, com práticas baseadas nas demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de SF.

Foram criadas duas modalidades de NASF: o NASF 1, vinculado a de oito a vinte equipes de SF, deve ser composto por no mínimo cinco das seguintes profissões, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra. O NASF 2, implantado em municípios de menor porte, deverá contar com, ao menos, três desses profissionais vinculados a, no mínimo, três equipes de SF.

A Portaria 154 reconhece a importância estratégica das ações em saúde mental, o que fica claro em seu capítulo IV, Parágrafo 2º, que coloca que “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental”¹⁰.

A responsabilidade central do NASF, segundo o Departamento de Atenção Básica do MS, é reforçar nove diretrizes da atenção básica à saúde: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular, território, integralidade, controle social, educação permanente em saúde, promoção de

¹⁰ São considerados profissionais de Saúde Mental, neste contexto: psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais.

saúde e humanização (Brasil, 2009). Com este fim se os divide em nove áreas estratégicas: atividade física, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, saúde do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Os NASF no contexto municipal

O município de Florianópolis, de onde se origina este estudo, possui desde outubro de 2009 sete NASF espalhados por seus cinco distritos sanitários. Cada um desses NASF compõe-se por farmacêutico, médico pediatra, médico psiquiatra, nutricionista, educador físico e dois psicólogos. Com base nas características epidemiológicas locais, a gestão municipal definiu a presença de dois profissionais de psicologia por NASF através do Artigo 7º da Instrução Normativa n. 0001/2010 (PMF, 2010). A normativa estabelece seis áreas temáticas prioritárias para os NASF em Florianópolis: saúde mental, saúde da criança, assistência social, atividade física e práticas corporais, alimentação e nutrição e assistência farmacêutica.

Dentro das diretrizes gerais do NASF, a inclusão de ações de saúde mental na AP deve ser prioridade na organização das redes de saúde. Propõe-se, para um melhor manejo da saúde mental na AP, um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF por meio do apoio matricial feito pelos profissionais do NASF (Brasil, 2009).

O apoio matricial é uma organização do processo de trabalho inter-equipe, técnico-assistencial e horizontal, que visa superar o modelo de encaminhamentos e de referência e contra-referência, fortalecendo uma lógica de co-responsabilização entre as equipes de SF e o NASF, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários. O resultado buscado é o aumento da resolutividade na atenção à saúde (Campos e Domitti, 2007).

Os psicólogos têm participado desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às equipes de SF sobre os cuidados às pessoas em situação de sofrimento mental e seus familiares. Seu papel vem se ampliando, passando a incluir a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis (CFP, 2009).

Resultados: a inserção do psicólogo na atenção primária

A inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde no Brasil tem se dado mais visivelmente desde o final dos anos 1970 e início dos anos 1980. Entretanto, não são ainda abundantes as publicações acadêmicas que relatam experiências da atuação desse profissional na AP, no âmbito do SUS. E são relativamente escassos, nos sistemas de indexação comumente associados à área da saúde, textos referentes à psicologia no NASF, possivelmente por ser ainda recente a implantação desses núcleos em muitos municípios brasileiros.

Analisando o trabalho em saúde aplicado ao SUS a partir da dinâmica das relações humanas, um dos principais objetos da Psicologia, Franco e Merhy (2003) afirmam que a ação humana, viva em ato, é determinante do trabalho em saúde, que se constrói através de relações tais como de trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários. A autonomia do trabalhador de saúde sobre como praticar a assistência é decisiva e define frequentemente, e mais que as normas institucionais, o perfil do modelo assistencial. A transformação desse modelo, objetivo da ESF e do NASF, requer a construção de uma nova consciência sanitária e a inserção desses trabalhadores na nova lógica. Torna-se necessário, então, que a gestão pactue modos de trabalhar consonantes com a nova proposta de atenção o que, neste contexto, dificilmente pode acontecer por normas ditadas verticalmente. Estes novos modos de trabalhar, tomando-se como base a análise de Franco e Merhy (2003), implicam no estabelecimento de novos modos de relação no contexto da ação do trabalho, ou seja, na ação viva do fazer a assistência, do criar e recriar as condições de saúde. A autonomia do psicólogo lhe garante, desta forma, um peso na negociação da forma de trabalhar, ou seja, no perfil do serviço oferecido à população e nas propostas de mudanças paradigmáticas que a inserção deste profissional acaba por incorporar.

A implementação dos NASF vem ao encontro dessa mudança de paradigma pressionando, ao nível da AP, por uma ação intensamente interdisciplinar, possibilitando ao psicólogo, agora mais próximo às equipes de SF, participar na construção desse modelo de assistência. Pressupõe-se assim a instauração de uma nova postura entre os trabalhadores e de uma nova lógica de contratualidade, o que passa a permear e alterar o arsenal técnico comumente utilizado pelos trabalhadores na produção da saúde. Oliveira

(2004a) aponta como relevantes ao trabalho do profissional de saúde mental, à luz de sua inserção no SUS, a necessidade de fortalecer uma visão crítica, a importância de contextualizar a existência humana no âmbito do cuidado e de examinar, constantemente, a natureza geral e local dos determinantes da saúde. Frente a um mundo em transformação o profissional depende de cultivar em si a curiosidade produtiva, a dúvida criadora e a crítica sobre as formas de produção de seu próprio conhecimento, questionamentos que se aplicam tanto ao seu desenvolvimento profissional quanto ao estabelecimento das relações que contextualizam a produção da saúde no âmbito do SUS. Considerações que nos levam ao exame da formação profissional e ao jogo de poder inserido na construção ontológica e epistemológica do campo.

A psicologia como controle do social e controle de indivíduos

Para Dimenstein (2005) a Psicologia alia-se historicamente ao capital e ao consumo, legitimando cientificamente as idéias dominantes, atrelando-se à manutenção das relações de poder. Segundo a autora, na maior parte das vezes o psicólogo não sabe ao certo, já desde a Universidade, como se produz e a quem beneficia o conhecimento que utiliza, o que termina favorecendo que sua função se preste ao controle da população. O poder é perpetuado, escondido por uma formação que isenta o profissional da sua responsabilidade social e pessoal e que propicia a adaptação do indivíduo às circunstâncias ambientais, ao invés de empoderá-lo como agente de mudança de sua realidade social. Oliveira (2004b) refere-se a este processo de embutir no seio da formação a perpetuação das relações interpessoais e institucionalizadas de poder como o currículo oculto e aponta a idéia de ressocialização, conforme utilizada nos processos de reabilitação de desviantes e de coerção de dissidentes, como um meio de domesticação e de controle do social (Oliveira, 2004c).

Macedo e Dimenstein (2009) afirmam que intervir no campo das políticas sociais, enfatizando a produção do cuidado somente a partir do saber técnico, prioriza o exercício da vigilância policialesca e ajuda a enfraquecer o saber do outro sobre si mesmo, a condução de seu próprio cuidado e seus projetos futuros. Favorece, assim, a criação de mecanismos de controle e tutela da vida.

Franco e Merhy (2003) discutem a utilização de instrumentos clássicos de educação sanitária com um enfoque centrado na doença. A leitura

das questões sanitárias visando o controle, a disciplina e a regulação da população desconsideram as singularidades dos usuários e da comunidade, produzindo a coisificação do cuidado e a biologização dos problemas sociais. Nesta perspectiva, os tratamentos se materializam como intervenções que visam, através de ações pedagógico-sociais e pela medicalização, moldar comportamentos com o objetivo de afastar as incertezas e os riscos da vida, entre outros o adoecimento, o envelhecer, o desemprego, a violência, o crime e o desvio. Esses autores alertam para o poder da Psicologia, que pode facilmente ser subvertido, passando a incentivar o controle do social e o controle dos indivíduos buscando sua docilidade e adaptação às suas condições desfavoráveis. Estas análises são essenciais para configurar-se uma visão de como se pode estruturar adequadamente ou inadequadamente um campo de relações em construção, tal como é o do NASF, com sua inserção no cuidado primário às massas populares atualmente atendidas no âmbito dos serviços públicos de saúde.

A formação clínica em Psicologia como modelo hegemônico: consequências na AP

De acordo com Silva (1992) a formação do profissional de Psicologia prioriza, historicamente, um único modelo de atendimento, pautado na tradição profissional liberal e direcionado aos padrões de classe média. O ensino superior define, assim, modelos de atuação restritos e inapropriados à conjuntura sanitária do país. A realidade dos serviços públicos de saúde requer novas competências profissionais e não há sinais flagrantes de mudança quanto a este aspecto da formação, mesmo com as iniciativas que se têm acompanhado da implantação de novos currículos nos cursos de Psicologia. Em algumas universidades brasileiras se percebe, ao contrário, uma exacerbação da especialização clínica e o fortalecimento do modelo hegemônico. Há, por exemplo, cursos de psicologia que não ministram disciplinas que incluam o aprendizado sobre o SUS e departamentos de Psicologia em universidades públicas que se desmembraram em departamentos ultra-especializados, tais como Departamentos de Psicanálise, de Psicologia Comportamental e de Psicologia Social. O problema não é, entretanto, circunscrito aos cursos de Psicologia, como alertam Moré et al (2004), que sugerem que se preste atenção também ao ensino da Psicologia nos demais cursos, pois o conhecimento da psicologia como disciplina e campo de ação pode ser passado de acordo com realidades diversas.

O psicólogo expressa os ensinamentos profissionais em seu pensar e agir, cujas formas permitirão à equipe com que trabalha e à população que atende conhecer essa ciência e profissão. A maneira atual de formar, apontam Costa e Olivo (2010), tem como consequência que “a atuação dos psicólogos, ao iniciarem sua prática e inserção nos serviços de atenção básica à saúde, ainda permanece vinculada ao atendimento individual, em ‘consultórios particulares’, onde predomina o modelo de atendimento clínico, importado da graduação e aplicado aos usuários de uma maneira geral.

A adoção pura do modelo clínico de atuação privada para o setor público leva segundo Dimenstein (2005), ao desencontro entre os conceitos do psicólogo e do usuário sobre pessoa, corpo, saúde e doença o que, por sua vez, prejudica a resolubilidade das intervenções e o índice de aderência aos tratamentos. Essa transposição favorece a seleção e hierarquização da clientela. Decorre daí, ainda segundo a autora, um grande perigo de psicologização dos problemas sociais, isto é, de diagnosticar comportamentos ignorando os níveis culturais, históricos e políticos de suas origens. O profissional psicologizante limita-se ao domínio da sua especialidade, contribuindo à fragmentação dos saberes e serviços na atenção à saúde: restringe sua atuação àquilo que é próprio de sua disciplina, afastando-se, conseqüentemente, dos outros profissionais e da comunidade.

Em defesa da clínica, mas não em seu formato hegemônico, descontextualizado e individualista, Moré e Macedo (2006) convidam a considerá-la como estratégia de pensar as situações humanas. E Benevides (2005) entende a experiência clínica como um possível retorno do sujeito ao plano da alteridade, produzida no coletivo. A experiência da clínica se dá na experimentação desse plano coletivo, de exercício público.

Lembra Dimenstein (2001) que, graças à tradição da atuação do psicólogo, há por parte das instituições e mesmo da população a expectativa de que o psicólogo realize atendimentos individualizados em prejuízo de outros tipos de intervenção dentro ou fora das unidades de saúde. Assim, os profissionais não são encorajados a desenvolver ações que se afastem do padrão tradicional de sua atuação. O trabalho interdisciplinar, fulcro da atuação dos NASF, está em contradição com essa formação tradicional.

Interdisciplinaridade

As chamadas práticas inter são entendidas como

Promotoras de mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exigem levantamento de uma axiomática teórica e ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais de cada campo original, em um esforço conjunto de decodificação em linguagem mais acessível dos próprios campos originais e de tradução de sua significação para o senso comum, identificando as diferenças e eventuais convergências entre esses conceitos e permitindo uma comparação contextualizada (Vasconcellos, 2002, p. 113-114).

Interdisciplinaridade, segundo o mesmo autor, ocorre em meio a situações em que há algum tipo de interação entre duas ou mais disciplinas que se comunicam, que tentam aproximar seus discursos, ambicionando uma transferência de conhecimentos. É estratégia fundamental para o trabalho no NASE, já que categorias isoladas são restritas para lidar com todas as demandas apresentadas pelos sujeitos em sofrimento. A interdisciplinaridade permite, entretanto, que se levantem expectativas irrealistas, de ter superprofissionais de saúde capazes de responder a todas as diferentes necessidades do usuário (Costa e Olivo, 2010).

O conhecimento geral sobre o fazer do psicólogo e o reconhecimento de sua importância nas equipes de saúde potencializam o trabalho interdisciplinar, enquanto o desconhecimento pode isolá-lo, afastando-o do restante da equipe. É imprescindível aos profissionais da Psicologia mostrar-se ao outro, divulgar seu modo de trabalhar, compartilhar com as equipes de SF as leituras que faz do que observa, assim como as dificuldades que encontra (Moré et al., 2004).

Desafios e perspectivas no exercício de uma Psicologia coletiva e comunitária

O psicólogo na AP, afirma Dimenstein (1998), passa por uma crise profissional calcada em diversos fatores, entre outros formação inadequada, modelo limitado de atuação e dificuldade de adaptação ao perfil profissional requerido pelo SUS. A fonte dessa crise não se vincula restritamente ao tipo de demanda, que é diferente da clínica privada, à clientela usuária do setor público, em geral de baixa renda, ou aos problemas relacionados com a estrutura e a organização dos serviços. Entretanto, esses pontos, aliados à defasagem salarial, às instalações físicas precárias e à falta de material e apoio da gestão, podem contribuir para uma prática descomprometida, com dificuldades éticas e menos solidária.

Qual é então o perfil desejável do psicólogo trabalhando na AP? Para Moré e Macedo (2006) este profissional não deverá selecionar a escuta dos problemas da demanda de acordo com sua especialidade - crianças, adultos, adolescentes, clínica, escolar, organizacional, social. Especializar o atendimento é reproduzir esquemas considerados ineficazes, determinando-se o que poderia ser escutado e atendido e o que não poderia ser acolhido por não pertencerem à especialidade do profissional.

Seu agir deverá, desta forma, apontar para temáticas, problemas e questões relacionados à realidade cotidiana das pessoas da comunidade, vivenciados nas famílias, em pequenos grupos ou em grupos mais organizados. Esta atuação deve, além de atender à demanda clínica local, visar a promoção da saúde e, em consequência, a melhora da qualidade de vida das pessoas e de sua condição de cidadãos.

Costa e Olivo (2010) avaliam que as equipes de SF, isoladamente, não são capazes de atender a todas as necessidades dos cuidados em saúde, incluindo-se integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe interdisciplinar. É possível, entretanto, que com a participação efetiva do psicólogo nas unidades de SF as atividades de atenção à saúde mental sejam mais bem atendidas, equilibrando um pouco mais a relação com o modelo biomédico. Para estes autores o psicólogo está capacitado a trabalhar com a saúde mental dos usuários, agindo como ponte entre os outros profissionais, possibilitando a construção de novas formas de se fazer saúde, incluindo-se, cada vez mais, a dimensão psíquica como integrante do ser humano, mirando, assim, o princípio da integralidade da atenção. A inserção do psicólogo funciona, portanto, como estímulo à interação entre os profissionais da equipe, a fim de oportunizar espaço de discussão e conversas para se pensar o processo de trabalho no âmbito da promoção da saúde coletiva.

Algumas contribuições da Psicologia nos processos de trabalho das equipes de SF passam, dessa forma, por fomentar a interdisciplinaridade, fortalecer ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e auxiliar no desenvolvimento de grupos e estratégias. A efetivação destas contribuições aponta para a importância da territorialização do psicólogo (com área adscrita sob sua responsabilidade) para que, próximo de sua comunidade, possa atuar dentro do modelo de saúde pública, evitando, assim, a “ambulatorização” do atendimento.

Macedo e Dimenstein (2009) afirmam que o fato dos psicólogos estarem próximos à realidade dos usuários, ou seja, no cotidiano da comunidade e de suas casas, possibilita intervirem de maneira mais significativa junto às famílias. O estar na AP fomenta o encontro com e entre os usuários e valoriza uma maior participação, envolvimento e compromisso na produção de redes de cuidado através do fortalecimento dos vínculos comunitários.

Moré et al (2007) ratificam a importância da atuação do psicólogo na AP à saúde, desempenhando um papel tanto de mediador como de catalisador das capacidades e recursos das pessoas e da comunidade como um todo, favorecendo efetivamente a inclusão social. Lembram que o psicólogo é um profissional promotor do vínculo por excelência e que seu trabalho e sua respectiva efetividade terão uma relação direta com a construção desse vínculo, seja com usuários, famílias, grupos, comunidade ou com a própria equipe de saúde da qual faz parte.

Que atividades, então, constituem a melhor estratégia para a otimização do desempenho do psicólogo nos NASF? Moré et al (2007) elegem um conjunto de ações a serem desenvolvidas no contexto da AP: (1) Elaboração conjunta com a equipe de SF de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde; (2) realização de atividades psicodiagnósticas e acompanhamento das diferentes demandas em saúde mental; (3) priorização do atendimento grupal¹¹ (nível operativo ou pedagógico) através de grupos de familiares, de casais, crianças, adolescentes, adultos e idosos; (5) atendimentos comunitário-domiciliares para acompanhamento de famílias e pessoas da comunidade; (6) Intervenção de rede, ou seja, o trabalho feito com uma pessoa ou família, contextualizado no grupo de pessoas significativas, objetivando instrumentalizar tal rede para fornecer suporte ou apoio específico; (7) atendimento e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos da comunidade, potencializando a rede familiar e institucional como parâmetros de referência para o paciente.

¹¹ Essa priorização baseia-se no retorno da noção de grupo como rede de suporte, como oportunidade de resgate das redes sociais. As autoras discordam da visão dos trabalhos com grupos na AP como meio de diminuição das filas de espera. Pensar os grupos apenas como forma de atender à procura por atendimentos em saúde mental é pressupor um sistema de saúde pautado na quantidade de procedimentos e não na qualidade do cuidado (Moré et al., 2007).

Discussão

A análise do papel do psicólogo no NASF remete a expectativas sobre o real vivenciado pelos profissionais e sobre suas dificuldades e esperanças pautadas no possível. Os resultados de nosso estudo pontuam alguns desencontros entre essas diferentes posições existenciais, atitudinais e comportamentais. A construção de um novo modelo de atuação amarra-se aos fios condutores: baseados nas realidades de gestão e nas reflexões estimuladas pela academia; os profissionais praticantes, na ponta, veem-se frente à realidade, cercados pelos limites e possibilidades impostos pela estrutura em que se encontram, e pelas demandas, muitas vezes controversas, experimentando novas formas de se fazer saúde em Psicologia.

O MS e os municípios têm reconhecido, através de suas portarias e normativas, os profissionais de saúde mental como integrantes importantes dos NASF. É grande, neste contexto, a relevância dada à Psicologia e às suas possibilidades específicas de intervenção. O psicólogo tem, em alguns casos, sido usado como ilustração e exemplo; e sua inclusão no NASF tem aparecido nas produções acadêmicas e nas publicações da categoria como bem-vinda e auspiciosa.

O NASF apresenta-se ao psicólogo como oportunidade de fortalecimento dos espaços de troca e como organização que possibilita a reestruturação de modelos e a incorporação da complexidade na atenção básica. Esta oportunidade apresenta-se mesmo enquanto o NASF não garante que o psicólogo possa inserir-se na AP da forma esperada, ou seja, de maneira territorializada, fazendo parte das equipes de referência e não apenas como retaguarda especializada.

Sob o olhar da gestão, a atuação do psicólogo ainda é essencialmente como especialidade, argumento que o coloca no NASF e não como componente das equipes de referência. Contudo, a gestão afirma, como no caso dos manuais da Prefeitura de Florianópolis, que todo problema de saúde é inevitavelmente mental e que o trabalho em saúde mental é fundamental na produção da saúde e aí confirma a inseparabilidade entre essas duas dimensões, abrindo espaço para que a presença do profissional de Psicologia mostre as vantagens de sua efetiva inserção na AP.

Percebe-se, a partir do discurso da categoria, a exigência de que no NASF o psicólogo desenvolva disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento e vínculo, para que possa atuar aliado às equipes de SF

e aplicar as ações que dele se espera. Além disso, os psicólogos apontam fortemente falhas na formação nos cursos de Psicologia, que não o preparam para atuar na Saúde Pública. O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) pontua esse fato sugerindo que os profissionais procurem apoio junto a outros especialistas, à gestão e à academia, aparentemente diminuindo a responsabilidade dos gestores nacionais da Educação em capacitar os profissionais para agirem na nova organização do sistema de saúde no Brasil.

Para os profissionais as expectativas da gestão não levam em consideração as limitações relacionadas à estruturação do NASF. A categoria mostra-se bastante preocupada com a incoerência entre os conceitos de vínculo, longitudinalidade, território e a realidade do número mínimo de equipes de SF sob o cuidado de cada NASF.

A categoria aponta, também, os possíveis impedimentos da responsabilização proposta pela gestão e que pode levar o profissional de volta à lógica do atendimento ambulatorial, que propicia atuação profissional descontextualizada e descompromissada com a lógica do SUS. Nos casos em que as equipes de SF consideram-se sobrecarregadas pelas demandas que já atendem, corre-se o risco de que o apoio do NASF, não só em saúde mental, mas também nas outras áreas estratégicas, seja percebido pelas equipes como uma carga a mais, uma vez que os profissionais do NASF devem priorizar ações conjuntas com as equipes de referência.

A literatura tem apontado (Dimenstein, 2001, 2000, 1998) a dificuldade dos psicólogos de se perceberem como profissionais da saúde, para que possam a partir daí desenvolver ações mais abrangentes, envolvendo práticas de promoção à saúde. Isso estende-se à dificuldade de participar em ações de planejamento, organização e funcionamento tanto no âmbito do SUS. Estas dificuldades acabam traduzindo-se em problemas no apoio, assessoramento e práticas conjuntas e integradas com a equipe de SF – a essência do NASF.

A tensão entre a norma, os ideais propostos e a experiência prática fazem parte da dialética do fazer. É preciso costurar as políticas, as reflexões e ações para estabelecer nortes que embasem o profissional em sua nova atuação. Para isso, é necessária uma melhor interlocução entre gestão, produção intelectual e profissionais praticantes. Que a categoria se organize, através de associações profissionais ou a partir de ações locais, que se reúna, debata, que relate suas experiências, que busque a academia para com ela discutir. Que a academia esteja mais próxima à realidade da AP, através de

seus projetos de extensão, de seus alunos em estágio, e programas de pós-graduação, inclusive os mestrados profissionais e as residências multidisciplinares. E que a gestão viabilize espaços de construção conjunta, para que possa ter maior contato com a realidade dos profissionais, procurando oferecer capacitações para aqueles que irão compor o NASF, além de fomentar a educação permanente.

Uma necessidade premente é o de se fomentar mais pesquisas, principalmente de abordagem qualitativa, para que se traga do campo as impressões vivas dos atores envolvidos na construção dos NASF, propiciando mais conhecimento sobre a prática e a concepção do trabalho do Psicólogo na AP na era NASF, propiciando a cocriação e recriação constante de fundamentos e estimulando reflexões úteis para o embasamento de novos e antigos profissionais.

Em uma de suas publicações, o Conselho Federal de Psicologia (2009) apresenta uma manifestação que sintetiza muito do que nos propusemos neste trabalho:

Queremos um NASF que venha a somar ao que já temos construído no SUS. Queremos o fortalecimento da população, o empoderamento do cidadão em relação à sua saúde e à sua própria vida. Com certeza nós, psicólogos, não estaremos sozinhos defendendo esses conceitos. Outros atores se juntarão a nós. Precisamos identificá-los, chamá-los a atuar conosco. Diremos ao Ministério da Saúde e às demais categorias que é esse o espaço que desejamos para a Psicologia na atenção básica, o de estar junto no território, produzindo a mudança na condição de cidadania, no enfrentamento dos conflitos, alterando as relações sociais, construindo novas condições de vida e de saúde para toda a população. (Verona apud CFP, 2009, p.120).

O futuro do NASF pode depender do desenvolvimento de ações cujas bases passam, em sua construção, pelas reflexões aí propostas.

Considerações finais

Os artigos e documentos revisados, para efeitos deste trabalho não trazem receitas prontas que determinem ações e atividades que os psicólogos devam pôr em prática quando na AP. Reforçam a importância de ter essas ações pautadas nas necessidades locais de cada comunidade, que sejam contextualizadas, que busquem atingir as redes sociais, fortalecendo-as.

Mencionam que o objetivo do psicólogo deva ser facilitador da construção da autonomia dos usuários, de seu empoderamento. Os textos alertam sobre os perigos de se fazer uma clínica estritamente ambulatorial, que não utilize os recursos da comunidade, que fique restrita ao consultório - uma clínica que abarque apenas o indivíduo, descontextualizando sua família e as condições que o cercam. Abordam os grupos como espaços propícios para a construção de redes e a interdisciplinaridade como processo de trabalho a ser construído e reconstruído em conjunto.

O estudo que conduzimos nos confirmou a importância de melhor conhecimento, de mais estudos sobre como vem sendo feita a implantação dos NASF nos diferentes municípios, e se essa implantação vem sendo adequadamente discutida e construída junto às equipes de SF de cada território. Não ocorrendo desta forma, corre-se o risco de ter mais uma estratégia que, por ser aplicada verticalmente, pode acarretar conflitos na prática cotidiana.

A gestão ministerial deixa implícito que se espera que o próprio NASF se insira e mostre a relevância de sua organização. Resta saber como é a visão de planejamento para que haja equipes capacitadas para tal.

Referências

AMARAL, M.A.. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1997, v.31, n.3, p. 288-295.

ANDRADE, J.F.S.M.; SIMON, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, Ago. 2009 .

BARBOSA, Cleonice de Faria; MENDES, Iranilde J. Messias. Concepção de promoção da saúde de Psicólogos no serviço público. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 15, n. 31, ago. 2005.

BENEVIDES, Regina. **A Psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?**. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, Ago. 2005 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/NASF.php> acesso em: 15 abr. 2010.

_____. **Caderno de Atenção Básica 27**: Diretrizes do NASF, Brasília, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Portaria n. 154 de 24 de Janeiro de 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Humaniza SUS (2004). **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético e estético no fazer saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007 .

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998 .

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da Psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família** / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2009.

_____. **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública**: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília: CFP, 2006.

COSTA, D. F. C. da; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do Psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009.

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

_____. A cultura profissional do Psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5 n. 1, p. 95-121, jan./jun. 2000.

_____. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, jan./jun. 1998.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

HAAG, C. L. V. O papel do psicólogo na atenção primária na era NASF: visões do ponto de vista da academia, da gestão e da categoria profissional. Monografia de conclusão de curso. XIII Curso de Especialização em Saúde Pública. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Psychology and production of care in the area of social welfare. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, Dec. 2009.

MORÉ, C.L.L.O. et al. A busca da inclusão social e protagonismo na interação entre a comunidade e a equipe de saúde: os desafios do psicólogo na saúde pública no contexto brasileiro. **Anais do III Congresso Internacional de Psicologia e IX Semana de Psicologia**, 2007. Disponível em <<http://www.cipsi.uem.br/anais2007/index.php?busca=vivi&criterio=a&grupo=tc>> Acesso em: 02 jul 2010.

MORÉ, C.L.O.O.; MACEDO R.M.S. Psicologia na Comunidade: uma proposta de intervenção. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2006.

MORÉ, C.L.O.O. et al. As Representações Sociais do Psicólogo entre os Residentes do Programa de Saúde da Família e a Importância da Interdisciplinaridade. **Psicologia Hospitalar**, v. 1(1):59-75, 2004.

OLIVEIRA, W.F. As novas perspectivas de trabalho do profissional de saúde mental no contexto da saúde coletiva. **Dynamis Revista Técnico-Científica**, 12 (48): p.82-97. Blumenau, Edifurb, abr.-jun. 2004a.

_____. Currículo oculto: A perspectiva das Ciências Sociais sobre a formação médica. **Anais do XLI Congresso da Associação Brasileira de Ensino Médico**. Florianópolis, 2004b.

_____. **Educação social de rua: as bases políticas e pedagógicas para uma educação popular**. Porto Alegre: Artmed, 2004c.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. Instrução Normativa nº 001/2010. 14 de janeiro de 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Protocolo de Atenção em Saúde Mental. Versão Preliminar. 2008. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/programas/saudemental/PROTOCOLO_SAUDE_MENTAL_jan08.pdf> Acesso em: 05 jul 2010.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: estratégias do fazer do psicólogo para a promoção de saúde

*Luana Maria Rotolo
Magda do Canto Zurba*

Os anos 80 no Brasil foram um período de erupção de sonhos e movimentos adormecidos e amordaçados nas mais de duas décadas de ditadura militar. Um dos movimentos mais significativos deste período de efervescência intelectual e política foi a Reforma Sanitária. Este movimento social era constituído de trabalhadores da saúde, usuários, estudantes e professores universitários, e tinha como pano de fundo não só a construção de um Sistema de Saúde mais humano e humanizador, mas principalmente – mesmo que não ficasse claro para todos – a construção de uma outra sociedade, que além de mais democrática e igualitária, fosse capaz de garantir a saúde da população de forma integral.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e em paralelo e no mesmo sentido também a Reforma Psiquiátrica, impuseram desafios teórico-práticos a todos os profissionais de saúde, e em especial ao psicólogo – tão adaptado a sua prática clínica individual-privatista. Imensas reformulações da prática profissional do psicólogo estão hoje em curso, mas ainda temos muito a caminhar. Buscaremos, portanto, contribuir com este trabalho em um dos aspectos que vemos como mais importantes para a construção de novas práticas de saúde e que a nosso ver ainda é pouco discutida na formação do psicólogo: a Promoção de Saúde.

A promoção de saúde é uma das prioridades da Atenção Básica e do SUS, e o psicólogo que procura se inserir na saúde pública necessita reformular suas práticas neste sentido. Infelizmente a academia ou ignora esta discussão, ou quando muito, se restringe ao nível de uma discussão meramente teórica, deixando para que cada profissional crie a sua forma, nem sempre muito embasada, de promover a saúde da população.

Buscaremos neste artigo englobar a discussão sobre o conceito/estratégia da Promoção de Saúde, tendo como pano de fundo a experiência de um projeto de extensão de Psicologia Clínica Comunitária, realizado em uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis/SC.

Que saúde queremos promover?

Falar de Promoção de Saúde tem sido cada vez mais comum, e na grande maioria das vezes o conceito abarca uma multiplicidade de práticas, estratégias e visões de mundo conflitantes que mais confundem do que clareiam este conceito polêmico. Uma pergunta parece se impor antes de pensarmos no próprio conceito da promoção de saúde: afinal, que saúde queremos promover?

A saúde como “completo bem estar físico, mental e social” como preconizava a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Conferência de Alma Ata em 78, era um horizonte utópico, que parecia inalcançável para qualquer mortal. O conceito ampliado de saúde do qual se fala na construção do SUS, abarcava aquilo que ficou comumente chamado de “determinantes de saúde”, ou seja, as condições de vida da população que poderiam lhe assegurar, se não o completo, o mais alto bem-estar físico, psíquico e social. Este conceito de saúde é ampliado justamente por não se restringir a uma condição de ausência de doenças, mas principalmente por ter como base a determinação social do processo saúde-doença.

A capacidade de ter saúde e qualidade de vida, portanto, não depende apenas de ações do setor saúde, mas principalmente do acesso e da qualidade da educação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, alimentação, transporte, lazer, cultura, meio ambiente, etc. Desta forma, podemos dizer que para termos pessoas saudáveis, é necessário mais do que ter um Sistema de Saúde - é necessário termos uma sociedade que garanta as condições de saúde da população. Condições estas que, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), “expressam a organização social e econômica do País”,

e, portanto, é através da modificação desta “organização social e econômica” que poderemos pensar na promoção da saúde em seu conceito ampliado.

Esclarecer qual a saúde que queremos promover ajuda no delimitamento do horizonte que guia as ações de promoção de saúde, mas ainda assim é difícil concretizar esta concepção na prática. Por este motivo, iremos expor de forma breve o histórico do conceito e as discussões envolvidas em sua formulação, para nos ajudar a pensar na difícil tarefa de *como* promover essa saúde ampliada na posição de profissionais de saúde – e mais especificamente, na posição de psicólogos.

Breve histórico do conceito de Promoção à Saúde

A expressão “Promoção de Saúde” foi citada pela primeira vez em 1946 nos escritos de Henry Sigerist (1891-1957), como uma das tarefas da medicina, ao lado da prevenção, recuperação e reabilitação dos enfermos. Contemporâneos a Sigerist, Leavell & Clark também contribuíram na difusão do conceito ao apresentar em seu modelo a promoção de saúde como o nível primário da medicina preventiva. Porém, foi somente a partir da década de 70 que o termo passou a fazer parte de documentos oficiais, tendo importância fundamental neste momento de consolidação da Promoção de Saúde os escritos e conferências da Organização Mundial de Saúde. (Buss, 2000; Heidemann et al, 2006)

O primeiro documento oficial de grande importância para a Promoção de Saúde moderna é o *The new perspective for the Health of Canadians*, ou como ficou mais conhecido “Informe (ou Relatório) Lalonde”, publicado em 1974 no Canadá. Motivado pelos altos gastos com que as doenças representavam para o país, o ministro da saúde Marc Lalonde realizou uma pesquisa sobre as condições de saúde dos canadenses, e chegou à conclusão de que grande parte das doenças era advinda do meio e dos “estilos de vida” não-saudáveis da população (como, por exemplo, má alimentação, uso de drogas, sedentarismo, etc). Como estratégia de mudar essa situação – e principalmente diminuir os gastos com o setor saúde – o ministro prescreveu então que as ações de saúde deveriam ser direcionadas à mudança de “estilos de vida”. (Carvalho, 2004; Ferreira et al, 2007; Heidemann et al, 2006).

Mesmo que o relatório avançasse historicamente propondo conceitos como “campo da saúde” e “determinantes de saúde”, ele é criticado por manter um enfoque na responsabilidade de mudanças comportamentais individuais,

sem levar em conta os determinantes sociais não só das doenças, mas dos próprios “estilos de vida”. Esta estratégia, por não ser compromissada com mudanças estruturais da própria sociedade - que produz pobreza, doença e “estilos de vida” não-saudáveis - resultou em uma “culpabilização das vítimas” e uma desresponsabilização do Estado na formulação de políticas que pudessem garantir o bem-estar da população. Ainda hoje este modelo mais conservador - denominado por Carvalho (2004) de modelo *behaviorista* da Promoção de Saúde - é muito difundido, mesmo que na maioria das vezes não se apresente mais de forma tão explícita. (Carvalho, 2004; Heidemann et al, 2006).

O Informe Lalonde influenciou diretamente as políticas de Promoção de Saúde que vieram posteriormente em todo mundo, e com maior ênfase nos EUA e na Inglaterra. O relatório “Healthy People 1979” produzido nos Estados Unidos, afirmava que metade das enfermidades são produzidas por estilos de vida não-saudáveis, 20% por fatores ambientais, outros 20% decorreriam da biologia humana e somente 10% refletiam as inadequações do sistema de saúde. Apesar de já buscar diferenciar prevenção de doenças e promoção de saúde, o Relatório “Healthy People”, foi no mesmo sentido do Informe Lalonde ao relegar aos indivíduos a responsabilidade de realizarem mudanças comportamentais afim de melhorar sua saúde. (Ferreira et al, 2007).

Este primeiro momento da formulação da Promoção a Saúde - claramente individualista e conservador - sofre uma contrapartida alavancada pelas discussões da Conferência de Alma Ata em 1978. Carvalho (2004) denomina esta nova fase dos debates acerca do conceito de “Nova Promoção à Saúde”, ou perspectiva sócio-ambiental.

Os principais documentos onde esta visão está explicitada são o documento preliminar do escritório da OMS na Europa denominado “Conceitos e Princípios da Promoção de Saúde”, publicado em 84, e a Carta de Ottawa, resultante da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada no Canadá em 86. Nestes documentos, a saúde passa a ter não só determinação social, como também estratégias sociais, governamentais e comunitárias de transformação destes determinantes, como a participação popular, através do *empowerment* comunitário, a construção de políticas públicas saudáveis, o redirecionamento dos sistemas de saúde, etc. O documento da OMS de 84 propõe cinco princípios da Promoção à Saúde, que são:

A Promoção da Saúde envolve a população como um todo em sua vida cotidiana, em vez de focalizar grupos de risco para determinadas doenças; (2) a Promoção da Saúde está voltada para a ação sobre determinantes ou causas da saúde; (3) a Promoção da Saúde combina métodos ou abordagens diversos, porém complementares, que incluem comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde; (4) a Promoção da Saúde visa particularmente à efetiva e concreta participação pública; (5) sendo a Promoção da Saúde basicamente uma atividade dos campos social e da saúde, e não um serviço médico, os profissionais da saúde – particularmente os da atenção primária – têm um importante papel a desempenhar em estimular e possibilitar a Promoção da Saúde” (Who, 1984, *apud* Ferreira et al, 2007).

O mesmo documento critica explicitamente a vertente que responsabiliza os indivíduos pelas mudanças de estilos de vida, ao colocar que “a informação pura e simples é inadequada; conscientizar sem aumentar o controle ou as perspectivas de mudança só serve para gerar ansiedade e sentimento de impotência” (Who, 1984, *apud* Ferreira et al, 2007).

A carta de Ottawa e a Nova Promoção à Saúde

A carta de Ottawa é um marco nas políticas de Promoção à Saúde das últimas décadas, e ainda hoje embasa grande parte destas ações. Segundo Buss (2000), a Carta de Ottawa define a Promoção de Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, e traz como conceito subjacente que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (Buss, 2000). Portanto, é com a Carta de Ottawa que a saúde passa a ser entendida, “não como um objetivo em si, senão como um recurso fundamental para a vida cotidiana” (Buss, 2000).

Os determinantes de saúde descritos na Carta de Ottawa são “paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”, e tem como estratégias fundamentais a defesa da saúde (como luta para a modificação destes determinantes em prol da saúde), capacitação da comunidade para intervir nas condições de saúde individuais e coletivas e a necessidade de mediação dos profissionais de saúde para garantir estas condições (Buss, 2000).

Por fim, estabelece cinco campos centrais de ação na Promoção de Saúde: “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde” (Buss, 2000).

Depois da I Conferência Internacional de Promoção à Saúde que resultou na Carta de Ottawa, foram realizadas outras cinco conferências internacionais (II Conferência, em Adelaide, Austrália, em 1988, III Conferência, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991, IV Conferência em Jacarta, Indonésia, em 1997, V Conferência na Cidade do México, em 2000, VI Conferência em Bangkok, Tailândia, em 2005) além de diversos outros encontros e conferências regionais que contribuíram para a expansão dos pressupostos defendidos na Carta de Ottawa.¹²

São inegáveis os avanços teóricos e práticos trazidos a tona com a discussão da Nova Promoção à Saúde. Porém, ainda dentro desta mesma vertente que podemos considerar mais progressista, existem posicionamentos divergentes, não tanto no nível das palavras e conceitos utilizados, mas principalmente no sentido (ou horizonte) que procuram tomar com estas ações. Algumas perguntas elaboradas por Carvalho (2004) nos ajudam a problematizar o sentido que queremos dar a palavras tão amplas como “políticas públicas saudáveis” ou mesmo “capacitação da comunidade”, tão em voga no vocabulário atual do setor saúde:

Como as Políticas Públicas Saudáveis incorporam o tema do conflito social e da luta reivindicatória dos movimentos sociais? As Políticas Públicas Saudáveis priorizam estilos de vida saudáveis ou condições de vida e de trabalho saudáveis? A escolha torna-se mais fácil pelas condições sociais em que o sujeito se insere ou por sua adaptação a imperativos de ordem externa (e.g. equilíbrio fiscal, pagamento de dívida externa)? Como evitar uma “reengenharia social”, ou seja, que a escolha correta seja determinada pelo pensamento tecnocrático e pelos interesses de grupos em posição de poder no Estado? Quem faz a escolha saudável? (...) Qual a concepção de educação em saúde que predomina? Como ocorre o intercâmbio de saberes entre profissionais e usuários? Por uma co-gestão de contratos e compromissos ou por uma relação vertical e autoritária? A relação profissional / usuário é uma relação de co-produção de sujeitos ou uma relação paternalista? Os usuários são vozes passivas ou ativas? (Carvalho, 2004, p. 672).

¹² Para um resgate histórico mais detalhado sobre o assunto ver Buss (2000), Buss (2004) e Heidmann et al (2006).

Sem pensarmos nas respostas a estas perguntas e principalmente no sentido ou horizonte das ações de promoção de saúde, cairíamos numa formulação tão vaga que pode acabar sendo “tudo para todos”. Um dos melhores exemplos disso é a nossa Política Nacional de Promoção à Saúde, que conta com uma bela introdução sobre a necessidade da estratégia de Promoção da Saúde ser retomada como uma “possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada” (Brasil, 2006, p. 10), mas que reduz suas estratégias de ação a modificações comportamentais como alimentação saudável, atividade física, prevenção do tabagismo, além de uma vaga e inconsistente “política de paz”.

Os diferentes sentidos de *empowerment* na Promoção de Saúde

Carvalho (2004), no esforço de aumentar a clareza sobre as diferentes intenções que estão por trás das distintas “promoções à saúde”, analisa os sentidos da categoria *empowerment*, e as decorrências destes sentidos para as políticas de promoção. Algumas questões parecem orientar nossa reflexão:

O que está por trás da categoria “*empowerment*”? Qual a teoria sobre o poder que sustenta este conceito? Processos de “*empowerment*” devem voltar-se para mudança individuais ou coletivas? É possível um processo de “*empowerment*” que não questione as estruturas existentes? Qual a relação entre o sentimento de poder e o poder sobre os recursos concretos? Qual a consequência do “*empowerment*” para as relações internas às equipes de saúde e entre profissionais e usuários dos serviços? Qual a relação entre “*empowerment*” e comunidade? A quem servem o “*empowerment*” e a participação comunitária? Variações nas respostas dadas a estas perguntas irão determinar distintos significados do conceito de “*empowerment*”.” (Carvalho, 2004)

O conceito de *empowerment*, normalmente traduzido como “empoderamento” e raras vezes traduzido como “emancipação”, pode ser entendido sob dois enfoques principais que tem consequências diretas nas ações de promoção de saúde: o enfoque psicológico e o enfoque comunitário. O primeiro é normalmente utilizado nas estratégias de educação em saúde e nos discursos de muitos psicólogos, e tem como objetivos fortalecer a

auto-estima e desenvolver mecanismos de auto-ajuda e solidariedade. Estas ações visam o desenvolvimento de um indivíduo “comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio a atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio” (Carvalho, 2004, p. 675). Por mais necessárias que sejam essas ações em uma comunidade normalmente vitimada e fatigada, elas são insuficientes, e muitas vezes escondem um ideal perigoso de harmonia social que só é possível adaptando os sujeitos a essa sociedade.

Weissberg, citado por Carvalho (2004), demonstra como o *empowerment* psicológico na verdade é um falso ou semi *empowerment*, pois o que está em questão é uma ampliação do sentimento (ou ilusão) de poder, em vez do aumento efetivo do poder de decisão e interferência destes indivíduos e coletivos nos determinantes macrossociais. Porém, ao mesmo tempo, afirma que:

Isto [a crítica ao *empowerment* psicológico] não significa que o indivíduo não possa ter nenhuma influência ou que suas percepções individuais não sejam importantes, mas, antes, significa que reduzir o poder à psicologia individual é ignorar o contexto político e histórico no qual as pessoas atuam. Confundir a habilidade real de alguém em controlar as coisas com um sentido de *empowerment* despolitiza este último” (Weissberg, *apud* Carvalho, 2004).

Já o enfoque comunitário, traz a categoria de *empowerment* ligada aos pressupostos da educação popular de Paulo Freire e Saul Alinsky, e tem como prioridade as estratégias que aumentam o controle da comunidade sobre a resolução de seus próprios problemas, assim como sua eficácia política de forma mais ampla. Portanto,

Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, esta estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade” (Carvalho, 2004, p. 676)

Entendemos que este enfoque não é contraditório com o enfoque do *empowerment* psicológico, por não conceber uma oposição entre indivíduo e coletividade, mas que o último engloba e vai além do primeiro, por também

levar em consideração o contexto social e a necessidade de sua transformação para empoderar/emancipar indivíduos e coletivos. Porém quando a concepção de *empowerment* psicológico pára na intervenção individual é que normalmente ela acaba servindo à legitimação do *status quo*, pois:

Esta concepção de “*empowerment*” [psicológico] nem sempre incide sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade e pode constituir-se em mecanismo de regulação social. Declarações de princípios contra a iniquidade social, a favor de uma sociedade saudável e socialmente justa, e que preconizam o “*empowerment*” de indivíduos e coletivos podem transformar-se em discursos vazios no momento em que não se discute as raízes dos problemas nem se busca apontar alternativas ao *status quo*. Por meio destes artifícios, governos e instituições conservadoras podem legitimar suas práticas neutralizando, de passagem, proposições que questionam a ordem social.” (Carvalho, 2004)

Carvalho (2004), ao defender a noção do *empowerment* alerta que antes de utilizarmos o conceito amplamente, devemos pensar que este quando utilizado de forma pouco rigorosa – ou mesmo motivada politicamente – pode servir como justificativa para uma diminuição da ação do Estado na prestação de serviços sociais, no sentido de um “Estado mínimo”, preconizado pelo neoliberalismo. Exemplos nos Estados Unidos mostram como a utilização da categoria *empowerment* responsabiliza as pessoas e instituições comunitárias não governamentais, como Igrejas, ONGs, etc., para prestar serviços sociais que antes eram garantidos pelo Estado. (Carvalho, 2004)

Esta discussão acerca das distintas concepções de Promoção de Saúde pode parecer à primeira vista uma discussão meramente teórica ou acadêmica, mas que na verdade tem decorrências diretas na construção de políticas públicas e inclusive nas estratégias cotidianas como profissional de saúde.

Por exemplo, quando propomos a construção de um Grupo de Promoção de Saúde, faremos um grupo informativo sobre medicação e doenças? Incluiremos os familiares nas discussões buscando saber também as condições de vida na comunidade? Buscaremos construir alternativas que promovam qualidade de vida para estas pessoas? Ficaremos restritos a assuntos do setor saúde, ou nos envolveremos em questões mais amplas do bairro e da cidade? Qual será a relação profissional-usuário? Em um atendimento clínico (psicológico, médico, etc.) prescreveremos soluções que adêquem o sujeito a realidade dura e desigual, ou buscaremos problematizar esta mesma realidade?

São muitas as perguntas que poderíamos nos fazer a cada passo que damos no sentido de construir uma prática profissional que promova saúde - não só nas ações ditas de promoção, mas em cada ato e fato vivenciados numa Unidade de Saúde.

Uma experiência de Promoção de Saúde na Atenção Básica

Na experiência da extensão em Psicologia Clínica Comunitária, tivemos a oportunidade de construir um Grupo de Crianças, que caracterizamos como Grupo de Promoção à Saúde e Apoio ao Desenvolvimento Infantil. Este parece ser um bom exemplo prático do que queremos dizer com Promoção à Saúde em seu sentido ampliado.

O grupo surgiu de uma demanda crescente de encaminhamentos de crianças para atendimento psicológico na Unidade de Saúde. As queixas em sua maioria eram encaminhamentos por “problemas escolares” ou dificuldades relacionais. Foi a partir desta demanda que propusemos então a criação de um Grupo de Crianças. É importante destacar que esta demanda de crianças encaminhadas pelas escolas às Unidades de Saúde é algo recorrente em todo país, e na grande maioria dos casos se encaminham as crianças para atendimentos individuais e, no máximo, familiares. Por esse motivo, entendemos ser necessária a explicitação dos motivos da proposta grupal.

O trabalho em grupo, prioritário na Atenção Básica, não se deve ao objetivo de “reduzir as filas de espera”, como muitos ainda chegam a defender. A ênfase no trabalho grupal é justamente por entender que as queixas em saúde mental, ainda mais em se tratando de crianças, não surgem isoladamente, mas se devem justamente a questões que envolvem as relações interpessoais e sociais, e é, portanto, através da mudança dessas relações que se garante uma maior resolubilidade. Segundo Moré et al (2007),

A importância da estratégia grupal está ancorada na crença do resgate da ‘noção de grupo como rede efetiva de suporte em seu sentido mais amplo’. Trata-se de uma oportunidade de resgate das redes comunitárias, que ao longo do tempo foi perdendo sua efetividade, como rede significativa de promoção de saúde, na qual as pessoas são protagonistas do cuidado e do ‘olhar do outro’ e que acreditam no seu potencial de acolhimento” (Moré et al, 2007, p. 11).

O trabalho grupal permite, portanto, além de intervenções mais voltadas para as relações, um resgate das relações comunitárias, ampliando

as redes de apoio e propiciando a construção de vínculos e movimentos coletivos por melhorias da própria comunidade.

No caso das crianças, entendemos, com base na teoria sistêmica, que estas são sempre “porta-vozes” de um sintoma que se constitui nos sistemas em que está inserida, como por exemplo, a escola e a família. Por este motivo, a intervenção do psicólogo não pode se concentrar no indivíduo, deixando estes sistemas de fora, pois dessa forma se corre o risco de diminuir a efetividade da intervenção e ainda aumentar o estigma da “criança-problema”. Segundo Saraceno (1999), citado por Moré et al (2007),

Qualquer tentativa de tratar do indivíduo isoladamente de sua família faz-se inútil, pois os principais passos para a promoção de saúde mental, e seu tratamento devem ser planejados dentro do próprio contexto familiar, devido ao fato de que quando uma pessoa apresenta um problema de saúde, não apenas ela sofre, mas também toda sua família, necessitando ambos de apoio e acompanhamento”. (Moré et al, 2007, p. 7).

Portanto, era-nos claro desde o início que não bastava atender individualmente estas crianças para “dar conta da demanda”, era necessário pensar em seu contexto e buscar intervenções que envolvessem suas famílias e também a escola e a comunidade.

Para envolver as famílias, criamos paralelamente ao grupo das crianças, uma Roda de Conversa de Familiares, onde os acompanhantes das crianças do grupo (pais, mães, irmãos, avós, etc.) sentavam para conversar sobre suas dificuldades e experiências, com a mediação de duas estagiárias de Psicologia. Esta Roda se formou a partir de uma conversa com os próprios familiares e se desenvolveu como uma ação de educação em saúde, com base nos princípios da educação popular. As discussões trazidas pelos familiares iam desde dificuldades na educação dos filhos em casa (como a questão dos limites e da desobediência) até queixas escolares. As intervenções das coordenadoras caminhavam sempre no sentido de se problematizar os contextos, tirando de foco e desconstruindo a visão hegemônica de uma criança que seria, em si, “problemática”.

Conseguimos discutir em alguns encontros que as dificuldades escolares tinham a ver com o papel de adequação que a escola cumpre nesta sociedade, chegando a ampliar nosso foco para as dificuldades políticas da educação pública brasileira, com a crônica falta de professores, que trabalham em condições desumanas e ainda com uma remuneração e formação

alguém dos desafios exigidos pela profissão. Desta forma, não estávamos transferindo os culpados, tirando o foco da criança e passando para a escola, e sim buscando uma compreensão mais ampla da determinação dos problemas. Tampouco colocávamos os problemas como insolúveis, por situá-los num nível macrosocial, porque sempre buscávamos ver saídas também no nível imediato, mostrando que com o devido apoio familiar as crianças tinham, sim, muito potencial para aprender.

É importante ressaltar também que estas discussões não eram trazidas “de fora”, por demandas das coordenadoras; estas eram sempre co-construídas a partir da fala dos participantes, que passavam dialeticamente a compreender suas próprias concepções e contextos sob perspectivas mais amplas, o que, por sua vez, ampliava também suas alternativas de intervenção (Hurtado, 1993).

Infelizmente, não pudemos propor formas de intervenção nas escolas das crianças neste primeiro momento do grupo, por mais que tenhamos avaliado esse ponto como extremamente necessário e urgente. As poucas horas na comunidade e ainda o fato do projeto ser voltado para a Psicologia Clínica, nos restringiram a uma ação fora da escola. Entretanto, incentivamos para que os familiares se aproximassem mais da escola dos filhos, conhecendo seus professores, se interessando pelos deveres e outras atividades escolares que pudessem envolver a família, para que eles próprios fossem se apropriando do contexto escolar e buscando também intervir neste ambiente em prol de uma educação melhor.

O trabalho com as crianças, portanto, não poderia caminhar no sentido de uma adequação a uma forma de educação e socialização coercitivas e autoritárias que restringem qualquer potencial de construção de um ser humano crítico e autônomo. Porém, não poderíamos negar que existiam problemas que estas crianças estavam expressando a partir de suas dificuldades relacionais em casa e na escola, produzindo sofrimento para elas e seus familiares. A metodologia e o objetivo do grupo se desenvolveram no sentido de criarmos um espaço onde estas crianças fossem capazes de se experimentarem de outras formas, através do desenvolvimento de novas relações e atividades que lhes garantissem o desenvolvimento de autonomia e solidariedade.

O grupo era, portanto, um espaço atípico em suas vidas, talvez um dos únicos que não lhes taxavam como incompetentes e incapazes, mas que lhes dava a oportunidade real de construir uma nova forma de ser no

mundo. Ao mesmo tempo, o grupo não almejava ser um “conto de fadas” desconectado da realidade em que viviam, e sim uma brecha nesta realidade de na tentativa de iluminar uma nova forma de ser também nestes outros espaços – indicando, dessa forma, uma possibilidade real de transformação da realidade.

Para a construção do grupo nos baseamos nos conceitos de cooperação mútua e autonomia, propostos por Jean Piaget. Segundo Piaget (1973), a possibilidade de cooperação, isto é, a atribuição de valores condicionada por ações recíprocas, é o que garante o desenvolvimento da autonomia, com relações que superam a imposição externa de valores e condutas (heteronomia). Portanto, para este autor, o desenvolvimento da autonomia só é possível em relações de cooperação, que, por sua vez, só são possíveis nas relações entre iguais. Para se estabelecer as relações recíprocas de cooperação, ou o operar em comum como coloca Piaget, é necessário um descentramento do indivíduo, onde cada um seja capaz de identificar suas próprias necessidades e as necessidades dos outros. O operar em comum, opõe-se assim tanto ao egocentrismo quanto à opressão, e se estabelece como possibilidade de emancipação dos sujeitos.

Visando estes objetivos, e com base nessas concepções, o grupo funcionava como espaço de socialização, oposto a noção hegemônica de adequação, onde as crianças através de brincadeiras e outras atividades lúdicas desenvolviam, nestas relações horizontais e recíprocas - inclusive com os coordenadores - outras formas de ser no mundo: mais ativa, autônoma e saudável.

Considerações Finais

A inserção da psicologia na Atenção Básica do SUS abre caminhos para a construção de outro profissional de Psicologia, muito mais aberto e sensível às questões sociais que interferem na saúde humana, e, portanto também muito mais comprometido com a transformação desta realidade. Porém, os desafios ainda são muitos, e toda a potencialidade da atuação do psicólogo no SUS parece estar ainda em um longo e sonolento despertar.

A experiência na Unidade de Saúde nos colocou diante de toda a complexidade da área, nos deixando muitas vezes sem chão por não ter muito subsídio concreto - teórico e metodológico - para iluminar a nossa prática. Descobrimos então que não bastava apenas saber e discursar sobre a necessidade de promover saúde e empoderar a comunidade, mas que isso

deve ser co-construído de acordo com cada realidade local, a partir das experiências e anseios da própria comunidade. Isso, porém, não exige o profissional de saúde de seu papel como mediador instigante nesta construção, que para isso deve estar sempre pensando qual saúde quer promover e, portanto, qual sociedade quer construir.

O psicólogo na Atenção Básica deve ampliar suas formas de intervenção, não mais se restringindo ao trabalho clínico, mesmo que variando as modalidades individual, familiar, grupal ou de urgência, mas procurando outras formas de promover a saúde da comunidade em níveis mais amplos. Alguns exemplos de outras formas de atuação seriam a atuação junto ao controle social, buscando se inserir nas instituições do bairro, como escolas, associações e conselhos; pensar o planejamento da Unidade junto com toda a equipe e a comunidade; e de forma transversal, se propor a construir trabalhos interdisciplinares e intersetoriais com os demais profissionais de saúde e também com profissionais de outras áreas.

O conceito/estratégia da Promoção de Saúde, quando bem explicitados seus objetivos e horizontes, nos ajuda a pensar em ações concretas construídas a partir das necessidades da própria comunidade, o que diminui ao mesmo tempo a necessidade de um “manual” da prática do profissional em Atenção Básica, como também evita a ineficiente transposição do modelo da clínica tradicional para o SUS. Porém, a clareza desse conceito exige além de estudo teórico e capacitação técnica, o desenvolvimento de uma visão e um compromisso político de transformação da realidade (Dimenstein, 2001).

Afinal, a saúde que queremos promover não cabe no horizonte de uma sociedade que continua a lucrar com doença e pobreza: o compromisso deve ser ampliado para a construção de uma organização social que garanta não só o bem-estar, mas que seja capaz de dar condições concretas de realização e criação de todas as potencialidades humanas.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: SVS, 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZE-RESNIA, D;

FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexão, tendências. Rio de Janeiro: Friocruz, 2004, p.15-38.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, p.163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2009.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, p.669-678, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2009.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 1088-1095, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2009.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.**, v. 6, p. 57-63, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2009.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança. In: XV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE E II CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2007, Recife. **Anais...** Recife, 2007. p. 1-7. Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2009.

HEIDMANN, I. T.S.; BUSS et al . Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, p.352-358, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2009.

HURTADO, C. N. **Educar para Transformar, Transformar para Educar**: comunicação e educação popular. Petrópolis: Vozes, 1993.

MORE, C. L. O. O.; CREPALDI, M. A.; LUZ, F. D.; NIEWEGLOWSKI, V. H. A busca da inclusão social e protagonismo na interação entre a comunidade e a equipe de saúde: os desafios do psicólogo na saúde pública no contexto brasileiro. In: III CONGRESSO INTERNACIONAL E IX SEMANA DA PSICOLOGIA, 2007, Maringá. **Anais...** Maringá, 2007. p.1-13.

PIAGET, J. **Estudos Sociológicos**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1973.

EXPERIÊNCIA DA INSERÇÃO DE UMA ACADÊMICA DE PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DO PET – SAÚDE DA FAMÍLIA

Joselma Tavares Frutuoso

Hannah Theis

Alessandra Zaguini

Trata o presente capítulo das experiências de estágio, em Psicologia Clínica, desenvolvidas em Unidade Local de Saúde (ULS) - Distrito do Município de Florianópolis, em 2010. Será apresentada uma revisão de literatura sobre o sistema de saúde no Brasil e o contexto que proporcionou oportunidades de aprendizado e possibilidades de ações inter e multidisciplinares do psicólogo na atenção básica à saúde, culminando em reflexões críticas elaboradas de maneira conjunta.

Destacamos que as experiências a serem relatadas nesse capítulo são o resultado profícuo da inserção de alunos de graduação em Psicologia desde as primeiras fases curriculares no SUS, promovidas através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde). Esse Programa no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina foi coordenado pela Profa. Dr^a. Magda do Canto Zurba. A Profa. Dr^a. Joselma Frutuoso Tavares supervisionou três alunas bolsistas PET da psicologia inserida no Centro de Saúde – CS da Prainha: Hannah Theis (autora desse capítulo), Lia Brioschi Soares e Débora Rainho Araújo. Sendo a supervisão local oferecida pela Psicologia Alessandra Zaguini da rede SUS.

O sistema único de saúde – SUS

Em 1990, através das Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142), o governo brasileiro propôs o acesso à saúde universal, equitativo e integral, por meio da regulamentação e criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Segundo Mendes (1996, p.57) o SUS constitui-se como uma produção sócio-histórica de dimensões política, ideológica e tecnológica. Isto significa dizer que o SUS foi construído em um cenário de abertura política e democrática, num contexto de mudanças na concepção do conceito saúde, ampliando a compreensão do processo de saúde-doença. A força dos movimentos sociais e dos entraves políticos que datam desde a década de 20 culminou para criação desse sistema.

Os movimentos sociais em prol da saúde pública foram defendidos por importantes atores sociais, nos diversos contextos políticos, até que em meados da década de 70 se organizou o Movimento Sanitário (Nascimento, 2004). Outras influências advindas do marxismo e da Educação Popular Freireana, da necessidade de descentralização do poder médico sobre a saúde das comunidades fortaleceram o Movimento Estudantil e as comunidades Eclesiais de Base (CEBs) dando visibilidade ao controle social que pressionava por mudanças na saúde coletiva (Vasconcelos, 2004). Ao final de 20 anos de luta, obteve-se a criação do SUS.

A Constituição Federal (Brasil, 1988) reconheceu em seus artigos 196 e 197 a saúde como um direito do cidadão brasileiro e dever do Estado. “No artigo 198 apresentou-se as diretrizes das ações e serviços públicos de saúde – rede regionalizada, hierarquizada e sistema único, de descentralização, atendimento integral, como prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (Nascimento, 2004, p. 51).

Nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, a noção de saúde é ampliada e diz respeito a vários fatores que envolvem o ser humano saudável, ou seja, às condições do meio ambiente, movimento contra a fome, reforma agrária, moradia, educação, cultura e lar, manifestações pela cidadania, movimentos contra a violência no trânsito, dentre outras (Nascimento, 2004).

Os três princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde estão diretamente atreladas à noção de prevenção e promoção da saúde. Segundo Nascimento (2004), a

universalidade consiste em proporcionar acesso às ações e serviços de saúde, em baixa, média e alta complexidade, a todos os cidadãos, independente de raça, sexo, idade, renda, ocupação ou outras características pessoais e/ou sociais. A equidade diz respeito ao atendimento específico e diversificado às necessidades de uma comunidade, à diminuição das desigualdades por meio de um atendimento justo e apropriado para cada condição, sem julgamentos, preconceitos ou privilégios. Finalmente, a integralidade, de acordo com a Lei 8080 (Capítulo II, “Dos Princípios e Diretrizes”, Art. 7º. Título II) é “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” – incluem-se aqui, então, as ações e serviços de referência e contra-referência articuladas com primeiro, segundo e terceiro nível de atenção à saúde.

O SUS, no entanto, encontrou como principal obstáculo à sua implementação as políticas neoliberais do início da década de 90 no Brasil. De acordo com Nascimento (2004), houve cortes no orçamento no que diz respeito à educação e saúde; privatização de empresas estatais; e desmonte de políticas públicas. E, desta maneira encontramos-nos, vinte anos após o início da implementação do SUS, apenas no processo de construção do projeto no cotidiano das comunidades. E, para tanto, contamos principalmente com o apoio dos diversos programas e estratégias inseridos na Atenção Básica, a porta de entrada do SUS, a ser abordada em seguida.

Atenção básica à saúde

A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabeleceu as diretrizes do Programa Saúde da Família que passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Historicamente, a Atenção Básica havia ocupado o segundo plano no sistema de saúde, posto que o modelo que predominava era hospitalocêntrico. Considerando-se que este modelo, além de caro, era pouco eficaz para a resolução de problemas sanitários brasileiros, foi reestruturada e ampliada à prática assistencial focada nos serviços básicos para a qualidade de vida. Constatou-se no Plano Nacional de Saúde que, por meio da Atenção Básica, era possível solucionar 80% dos problemas de saúde, sendo, portanto a Atenção Básica “espaço prioritário de organização do

SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde” (Brasil, 2005, p. 45).

A elaboração da PNAB baseou-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, recorrendo a um contexto de controle social e descentralização da gestão que são alguns dos princípios assistenciais e organizativos do SUS.

A PNAB valoriza um conjunto de ações de saúde, realizadas no exercício de equipes inter e multidisciplinares, com o intuito de promover e proteger a saúde, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar e manter a saúde, considerando a singularidade e complexidade de cada sujeito em sua comunidade. Sendo necessário considerar em sua prática a dinâmica do contexto em que vive a população e orientar-se pelos princípios de universalidade, de acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006, p.10).

Dentre as responsabilidades da esfera de governo, destaca-se a constante capacitação dos profissionais, a valorização da ESF e a divulgação das metas alcançadas pela Atenção Básica anualmente. Tal compromisso do governo em relação aos profissionais que fazem a Atenção Básica acontecer, é muito importante, uma vez que motiva os trabalhadores da área da saúde, valorizando o produto do esforço do cidadão brasileiro e possibilitando o estabelecimento de vínculos entre equipe de saúde e comunidade, gerando um sentimento de segurança quanto ao atendimento, evitando, por exemplo, a automedicação, tão comum em nosso cotidiano.

O processo de trabalho das equipes de saúde da baixa complexidade envolve o desenvolvimento de ações educativas, que induzam comportamentos de prevenção a doenças e promoção de qualidade de vida e saúde, especialmente em grupos de risco, além de fundamentar-se na Política Nacional de Humanização.

Estratégia de saúde da família – ESF

Através das equipes de ESF se organiza a Atenção Básica, cada equipe ESF deve ser multidisciplinar e atender uma média de 3.000 pessoas (ou no máximo 4.000). A equipe deve ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e um

Agente Comunitário de Saúde (ACS). Um ACS deve atender, no máximo, 750 pessoas, sendo que uma equipe de Saúde da Família pode conter 12 ACS. E, por exigência da PNAB, a cada 30 ACS deve haver um enfermeiro supervisor.

De acordo com Mano e Poerim (2005), a ESF consiste em um eixo de assistência multidisciplinar integral e contínuo à família brasileira, que pretende modificar o modelo assistencial através da implementação das propostas do Sistema Único de Saúde.

[...] com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (Franco e Mehry, s.d.)

Desta maneira, pode-se afirmar que os princípios do SUS estão voltados para a construção de uma comunidade mais cidadã, mais ativa em relação aos problemas de saúde/doença enfrentados dentro do núcleo familiar, e mais consciente das atitudes que promovem o bem-estar social.

De acordo com Fortuna *et. al.* (2005) a ESF teoricamente privilegia o trabalho em equipe, enquanto desencoraja a centralidade do ato médico e da medicalização. O que acontece na prática é uma grande dificuldade de interação dos profissionais das diversas áreas da saúde num mesmo espaço físico. Para alteração deste quadro de dificuldades de interação e integração, a PNAB enfatiza a capacitação, especialização, realização de cursos de pós-graduação e atividades realizadas por equipes multiprofissionais para as equipes da ESF. Foi a partir disso que se organizou, por exemplo, a articulação com o Ministério da Educação, e conseqüentemente, o PET-Saúde da Família, a ser descrito no tópico seguinte.

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET

Inspirado no Programa de Educação Tutorial, o Ministério da Saúde, criou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Este programa é regulamentado pela Portaria Interministerial nº. 421 (03 de março de 2010) e consiste em uma das estratégias do Programa Nacional

de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) uma parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

Dentre as principais metas almejadas pelo PET-Saúde da Família da Psicologia UFSC estão a formação e qualificação de grupos de aprendizagens (compostos por profissionais do SUS, docentes e discentes da Universidade) em áreas estratégicas para o SUS. Dessa forma, promove-se a integração entre ensino, serviço e comunidade, gerando a produção de conhecimento, através de pesquisas conduzidas em parceria com a Universidade, e voltadas para a mudança social efetiva, além da qualificação da Atenção Básica.

Até o ano 2009, o PET - Saúde da Família contemplava apenas os cursos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que apoiavam a Equipe Mínima de Saúde e a Equipe de Saúde Bucal, contando com os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. A partir desta data, o PET-Saúde ampliou-se, inserindo vários alunos de diferentes áreas da saúde: Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Farmácia e Nutrição, nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O SUS faz contratação de psicólogos para atuar nos NASF's, apoiando as equipes de ESF.

A organização do PET-Saúde da Família, quanto à responsabilidade que coube ao curso de Psicologia da UFSC, aconteceu em dois níveis: no lócus acadêmico e nas Unidades Locais de Saúde (ULS). Participaram, no primeiro ano deste projeto, seis alunos bolsistas, 20 horas semanais, três deles encaminhados para a ULS da Prainha e três para a ULS do Saco Grande e mais dezoito alunos vinculados (sendo nove em 2010.1 e nove em 2010.2). Os alunos vinculados não recebiam incentivos financeiros, mas eram orientados por professores de disciplinas da grade curricular (1ª a 10ª fases) relacionadas à saúde ou mesmo outro tipo de inserção do psicólogo no SUS. Os dezoito alunos vinculados foram encaminhados para a ULS da Tapera, com quatro horas semanais.

A seguir será descrita a participação e desenvolvimento de atividades realizadas na ULS Prainha, unidade coordenada pela M. Sc. em Enfermagem Thaise A. Goronzi, sendo a Tutora PET-Saúde da Família responsável por esta unidade a Prof. Dra. Daniela Carcereri, que fornecia apoio pedagógico para diversos preceptores PET que são profissionais de saúde contratados na rede SUS, selecionados para trabalhar em parceria com os alunos PET da UFSC.

A Unidade Local de Saúde “Centro de Saúde da Prainha” existe há 18 anos, atendendo uma comunidade de aproximadamente oito mil pessoas

através de três equipes mínimas de Saúde da Família. Cada uma das três equipes é composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, dois técnicos de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde.

No território deste Centro de Saúde, foi possibilitada a inserção da bolsista PET e estagiária do curso de Psicologia a participação em diversas atividades, listadas a seguir.

Descrição das atividades realizadas na atenção básica

As atividades descritas a seguir foram realizadas entre abril e dezembro de 2010. Inicialmente, a Psicóloga da rede apresentou as estudantes de psicologia do PET a toda equipe ESF (Estratégia de Saúde da Família) e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) das Unidades Locais de Saúde do Distrito Centro que abrangia os bairros Prainha e Mont-Serrat, assim como aos bolsistas PET de demais áreas da saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde se disponibilizaram em acompanhar as alunas em visitas domiciliares e de territorialização, facilitando o processo de inserção dos graduandos na rede básica de atenção à saúde. Na UFSC foram organizados grupos de estudos, com leituras de textos que embasassem a atuação dos bolsistas e alunos vinculados, além do compartilhamento de experiências através de reuniões quinzenais para troca de conhecimentos adquiridos nas diversas ULS por todos os alunos PET (bolsista ou vinculado). A seguir serão descritas a participação, mês a mês, em diversas atividades relacionadas à atenção básica. Nas reuniões da área 132 e nas reuniões do Programa de Saúde do Escolar (PSE) houve apenas a participação da bolsista (uma das autoras deste capítulo), enquanto nas demais atividades citadas houve a participação de todas as três bolsistas encaminhadas para o UBS da Prainha.

Período/mês	Atividades realizadas
Abril	Início das supervisões, totalizando 20 horas mensais durante o ano de 2010; Leitura da Política Nacional de Atenção Básica; Participação em Grupos de Estudos coordenados pelas Professoras Doutoras Joselma T. Frutuoso (semanal) e Magda C. Zurba (quinzenal com acompanhamento dos alunos PET na rede SUS). Registros da primeira visita ao Centro de Saúde Prainha.

(*Continua*)

Período/mês	Atividades realizadas
Maio	Descrição do Ambiente Físico/Social do CS Prainha; Participação da Semana do Trabalhador no Centro de Saúde Prainha; Início das apresentações e construção de vínculo com os demais bolsistas PET-Saúde da Família de outras áreas da saúde; Participação de reuniões do Programa Saúde do Escolar (PSE) na ULS em Mont Serrat; Apresentação do seminário sobre a PNAB; Início da participação no Grupo de Apoio e Acolhimento Psicológico na Prainha.
Junho	Início da participação em reuniões da Equipe de Saúde Mental e reunião NASF Distrito Sanitário Centro; Territorialização com Agentes Comunitários de Saúde.
Julho	Leitura de apostila sobre Psicologia da Saúde (uma coletânea de vários textos referente a ações e serviços na Atenção Básica e Integralidade do SUS); Organização do 1º. Fórum de Saúde do Centro de Saúde da Prainha, com intuito de formar o Conselho Local de Saúde.
Agosto	Contato e entrevistas com famílias da comunidade, obtenção de 50 fichas de crianças encaminhadas pelo PSE da Prainha, contatos com a escola e organização de um grupo de crianças e cuidadores no Colégio Celso Ramos; Elaboração de materiais para divulgação do trabalho realizado pela Psicologia na SEPEX/UFSC; Início das leituras sobre Círculo de Cultura; Realização do 1º. Fórum de Saúde do CS Prainha; Participação em reuniões do PSE CS-Prainha.
Setembro	Coordenação do Grupo de Crianças e Cuidadores no Colégio Celso Ramos (ocorreram 4 encontros); Organização do 2º. Fórum de Saúde do CS Prainha; Organização do Grupo de estudos em Círculo de Cultura (ocorreram 3 encontros ao total); Participação semanal em Reuniões de Equipe da Área 132.
Outubro	Organização do 3º. Fórum de Saúde do CS Prainha. E Participação na 10ª Semana de Pesquisa e Extensão da Universidade – SEPEX/UFSC.

(*Continua*)

Período/mês	Atividades realizadas
Novembro	Organização, divulgação e realização do Círculo de Cultura com os Agentes Comunitários de Saúde da UBS Prainha; Participação no IX Congresso Internacional de Saúde Mental e Direitos Humanos em Buenos Aires na Argentina com a apresentação de dois pôsteres intitulado(s) “Atenção Básica à Saúde da Família: formação de um grupo para crianças e seus cuidadores” e “A inserção de acadêmicos de Psicologia na Atenção Básica de Florianópolis por meio do PET-Saúde”
Dezembro	Fechamento do Círculo de Cultura com os Agentes Comunitários da UBS Prainha; Análise de dados e da possibilidade de continuar o Projeto de Círculo de Cultura com os ACS; Elaboração de pôster sobre o Círculo de Cultura e apresentação deste na “Mostra de Saúde do Distrito Centro” da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Tais atividades permitiram a aprendizagem do trabalho em equipe e com a equipe de Saúde da Família, além de uma análise criteriosa da inserção do psicólogo na Atenção Básica. Todas as atividades contribuíram para entrar em contato com a atenção básica no SUS e campos de atuação do Psicólogo na Atenção Básica. A seguir dar-se-á destaque para algumas destas atividades importantes para formação profissional.

Experiências marcantes na formação profissional proporcionadas pelo PET

Todas as experiências supracitadas contribuíram para a formação profissional dos participantes deste projeto, entretanto, é importante destacar atividades que exigiram da equipe do curso de Psicologia um maior envolvimento e reflexões mais aprofundadas sobre o papel do psicólogo na Atenção Básica. A seguir será apresentado um breve resumo com comentários sobre: o Programa de Saúde do Escolar (PSE), o Círculo de Cultura realizado com ACS, e os Fóruns de Saúde para a construção do Conselho Comunitário.

Programa de Saúde do Escolar

Foram acompanhadas, ao longo do estágio, as equipes do Programa de Saúde do Escolar (PSE) de dois diferentes Centros de Saúde. Uma das

equipes contava com enfermeiras, pediatra, neurologista, psicóloga, assistente social e coordenador pedagógico da escola, enquanto a outra se compunha apenas pela psicóloga, enfermeira e coordenadora pedagógica do Colégio.

Percebeu-se que casos individuais eram priorizados na equipe com número maior de profissionais do NASF, enquanto a equipe menor concentrava-se em questões pontuais como vacinação e encaminhamentos ao Projeto Olhar Brasil etc. Mesmo diante do fator - menor número de profissionais - em ambas as equipes discutiram-se projetos ligados a prevenção, tais como o projeto de sexualidade segura, elaborado e planejado especialmente por enfermeiros dos respectivos Centros de Saúde. A equipe que contava com menor participação de profissionais teve grandes dificuldades de programar-lo, e diante disso permaneceram os seguintes questionamentos:

- Por que baixa participação da equipe nas reuniões e atividades do PSE?
- Por que baixo engajamento de alunos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem nas atividades do PSE?

A constatação, durante o ano de 2010, da baixa participação acadêmica e de profissionais de saúde, aliado ao excesso de atividades no Centro de Saúde, foram no conjunto considerados os principais obstáculos ao sucesso do Programa de Saúde do Escolar. Pondera-se, a partir das vivências realizadas, que o PSE é um espaço para amplo aprendizado, e que possibilita a inter e multidisciplinaridade, e a participação de diferentes cursos da saúde e bolsistas somente teria a enriquecer o PSE. Acredita-se também que, com o maior engajamento dos profissionais de saúde haveria o aumento da participação de bolsistas PET-Saúde.

Parece clara a existência de um amplo espaço para inserção de projetos da Universidade nas escolas, que demandam atenção e apoio. Aliás, dirigentes das escolas têm se queixado por uma maior participação da Universidade no seu ambiente físico.

Círculo de Cultura com Agentes Comunitários de Saúde

O Círculo de Cultura proposto por Paulo Freire foi utilizado pelo PET-Saúde da Família para a articulação dos diversos projetos realizados em 2010 a respeito da percepção sobre o processo de saúde-doença na

ótica da equipe e de usuários da Atenção Básica. Devido a esta proposta, estudaram-se nos meses de agosto, setembro e outubro as contribuições de Paulo Freire para a realização dos Círculos de Cultura. Contatos foram realizados com outros alunos PET-Saúde da Família que já vinham atuando com o Círculo de Cultura, os quais relataram suas experiências em outros Centros de Saúde.

A partir disto, analisaram-se as demandas trazidas nas reuniões de área realizadas no Centro de Saúde da Prainha e a viabilidade de realização do Círculo de Cultura. De acordo com a percepção das três estagiárias de Psicologia, julgou-se exequível a realização de Círculos de Cultura com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), posto que a angústia vivenciada por eles no ambiente de trabalho era recorrente tema nas reuniões de área.

As queixas trazidas pelos ACS eram numerosas e diversificadas. Havia dificuldade de separar a vida pessoal da vida profissional, uma vez que circular pela comunidade é função principal do ACS. Cianciarullo (2002) explica que as funções do ACS consistem no mapeamento de território com identificação de zonas de risco; realização de visitas domiciliares mensais a cada uma das famílias; realização de ações coletivas/em grupos visando à participação das famílias na resolução de seus problemas; atividades intersetoriais vinculadas aos processos de sensibilização das famílias para os aspectos educativos de seus filhos e para a cidadania e direitos humanos, sempre sob a supervisão e acompanhamento de um enfermeiro. A mesma autora cita como as principais características do ACS um bom conhecimento da comunidade em que reside, ter espírito de liderança e solidariedade, idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade há pelo menos dois anos e ter disponibilidade de *tempo integral* para exercer as suas atividades.

Outros conflitos ainda estão presentes no cotidiano do ACS: a rotatividade de profissionais da Equipe de Saúde da Família, a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, o acesso limitado aos documentos e informações da base de dados do SUS e a existência de territórios descobertos por falta de contratação de ACS.

A partir das queixas relatadas e da disponibilidade da equipe para liberar os ACS para a realização dos círculos de Cultura, os encontros realizaram-se nas sextas-feiras entre o período de 29 de outubro a três de dezembro. Propuseram-se atividades com fotos e a discussão livre sobre os temas considerados importantes pelos Agentes Comunitários.

Os resultados obtidos consistem basicamente:

- Dificuldade em diferenciar o Círculo de Cultura de um grupo terapêutico, *talvez* devido à coordenação por acadêmicas do curso de Psicologia.
- Dificuldade da realização de atividades estruturadas com fotos ou outras dinâmicas.
- ACS sentiram-se valorizados com a iniciativa e apoio para realizar o Círculo de Cultura.
- ACS relataram gostar de ter um espaço para “abrirem-se” e contarem seus problemas, compartilharem experiências e se conhecerem melhor.

Apesar de as bolsistas terem diferenciado o Círculo de Cultura de um grupo terapêutico verbalmente no início do primeiro encontro, as reuniões foram marcadas por um caráter terapêutico, pois algumas falas dos Agentes Comunitários configuravam-se em desabafos emocionais.

A princípio, os encontros deveriam ter 1h30min, no entanto isto era impossível, passou para duas horas, pois todos queriam falar, sendo muito participativos. Constatou-se que ocorreu boa interação entre os Agentes e as mediadoras do círculo de cultura.

Fórum de Saúde e construção do Conselho Local de Saúde

Os Fóruns de Saúde vinham sendo organizados pela preceptora PET-Saúde da Família do curso de Serviço Social com o intuito da formação de um Conselho Local de Saúde. Todos os alunos dos vários cursos do PET-Saúde da Família eram convidados a participar, ativamente, do planejamento desta atividade.

Ao longo dos fóruns realizados, pôde-se perceber baixa participação da comunidade devido ao pouco interesse em relação à criação e um Conselho Local de Saúde. A demanda maior, observada nos relatos da comunidade era de um espaço para queixarem-se do serviço recebido na rede SUS.

O tema de rotatividade de profissionais do Centro de Saúde surgiu apenas no IV Fórum de Saúde. A comunidade percebia seu direito à saúde e ao bom atendimento, mas tinha grande dificuldade em discutir seus deveres em relação a este direito, exemplo, cancelar consulta quando não puder comparecer para aperfeiçoar o fluxo do atendimento na rede.

Em termos gerais, a participação nos Fóruns de Saúde foi bastante importante para o intercâmbio de experiências e a familiarização com toda a Equipe de Saúde da Prainha, pois este espaço foi de maior participação dos profissionais, preceptores e bolsistas PET.

Considerações finais

No que diz respeito à Equipe de Saúde da ULS Prainha, percebe-se alta rotatividade de funcionários. Os três médicos de família seriam substituídos até o final do primeiro ano de funcionamento do PET-Saúde da Família do curso de Psicologia. Além deles, enfermeiras, técnicas de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde foram transferidos para outras localidades, solicitaram afastamento do trabalho, aposentaram-se ou encerraram seu contrato. Acredita-se que seria bastante interessante investigar mais profundamente a questão da rotatividade, pois a constante mudança das equipes dificulta o trabalho e inibe o estabelecimento de vínculo entre profissionais e comunidade.

Também, quanto às reuniões das equipes multidisciplinares, percebe-se que em algumas delas predominou troca de informações relacionadas com a divisão de tarefas, ao invés de serem espaços de construção de conhecimento conjunto e tomada de decisões em equipe. Porém, esta troca almejada somente se torna possível aos profissionais quando as agendas são compatíveis e as reuniões podem realizar-se de maneira tranquila, sem que os profissionais precisem sair ao meio do encontro para atender pacientes ou para funções administrativas.

Neste sentido, a realização de pesquisas mais acuradas é de fundamental importância para que gestores percebam que a necessidade de contratação no SUS precisa ampliar o número de pessoas aptas a trabalhar de forma inter e multidisciplinar. Pessoas reunidas para realizar ações e serviços diversos simultaneamente, não constitui um trabalho inter e multidisciplinar cujo produto final é o resultado da maximização do poder intelectual e profissional de todos os membros da equipe. Também, a sobrecarga de trabalho imposta via as diversas responsabilidades aferidas aos profissionais causam desgaste emocional e físico, o que pode resultar em doenças severas de trabalho (Zanelli e Silva, 2008), fato um tanto contraditório no setor de saúde.

Este estágio foi de enorme proveito, uma vez que proporcionou inúmeras oportunidades de aprendizagens através do contato com as equipes

de saúde do Distrito Centro, com o sistema informatizado do SUS, com a dinâmica das relações internas e com atividades inter e multidisciplinares. A interação com a comunidade, mediada por Agentes Comunitários foi reconhecida como uma importante experiência.

A oportunidade concedida por meio da inserção durante a formação profissional na Rede de Atenção Básica à Saúde no Município de Florianópolis via integração do ensino, pesquisa e extensão por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde da Família) mudou, sem dúvidas, a perspectiva das autoras sobre a inserção da Psicologia no campo da Saúde. Certamente, permanece o desejo da aluna de prosseguir o aprendizado iniciado em abril de 2010, mas é um desejo permeado de muita satisfação por ter participado do primeiro ano do PET-Saúde da Família do curso de Psicologia da UFSC.

Referências

BRASIL (1990). Decreto-Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOFC, em 20 de setembro de 1990, p. 18055.

BRASIL (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1990, 5ª. Ed., São Paulo: Atlas.

BRASIL (2006). Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, série Pactos pela Saúde, vol. 4.

BRASIL (2005). Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Ministério da Saúde Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Brasília.

CIANCIARULLO, Tamara I. (2002). **Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia da saúde**. In: CIANCIARULLO, T. I. ; GUALDA D. M. R. ; SILVA, G. T. R. ; e CUNHA, I. C. K. O. (2002) Saúde na Família e na Comunidade. São Paulo: Robe Editorial.

FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José Bistafa. **O trabalho de equipe no programa de saúde da família**: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.13, n.2, 2005.

FRANCO, Túlio, MERHY, Emerson (s.d.). PSF: Contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>> Acesso em: 01 jul 2010.

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Ângela Maria Geraldo. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 3, 2005.

MENDES, Eugênio Villaça. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

NASCIMENTO, Fernanda Furtado. (Re). **Pensando a Saúde, o SUS e o Programa de Saúde da Família**: com a palavra as famílias do médio Aririú – Palhoça/SC. *Dissertação de Mestrado*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular**: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

ZANELLI, José Carlos; SILVA, Narbal. **Interação Humana e Gestão** – a construção psicossocial das organizações de trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

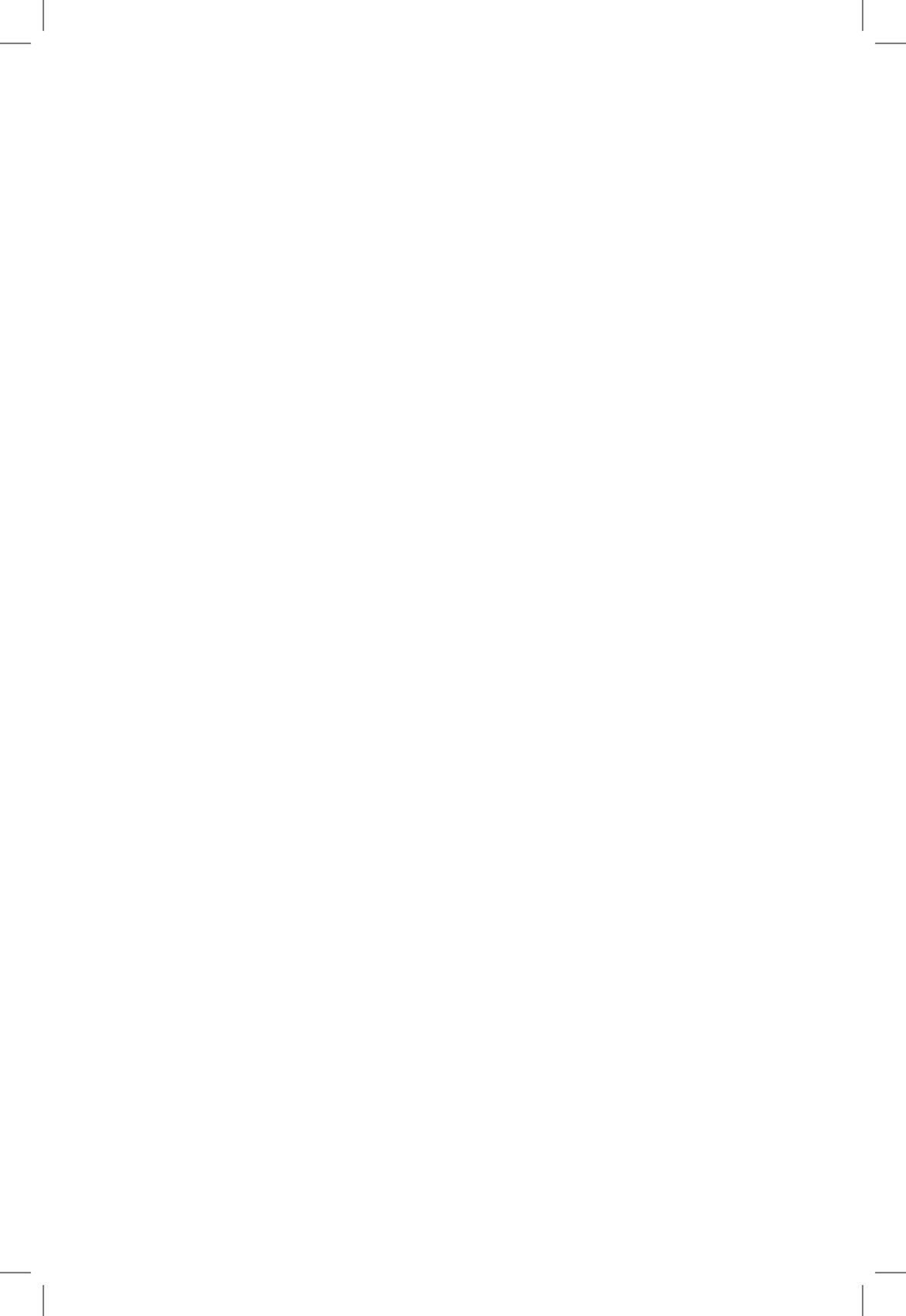


PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA
NA MÉDIA COMPLEXIDADE

Parte

2





ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

*Lucienne Martins Borges
Daniela Sevegnani Mayorca
Mariana da Silva Livramento*

A violência se apresenta das mais variadas formas na dinâmica das relações humanas. Segundo o Relatório de Direitos Humanos da Mulher da Human Rights Watch de 1996, a violência conjugal é a maior causa de ferimentos femininos em todo o mundo e a principal causa de morte de mulheres entre 14 e 44 anos. Na América Latina, a violência conjugal atinge entre 25% e 50% das mulheres (NARVAZ; KOLLER, 2006) e de acordo com a Sociedade Mundial de Vitimologia (ONU) 23% das brasileiras já foram vítimas de violência conjugal. No Brasil, encontramos que 70% dos incidentes violentos devem-se ao espancamento de mulheres por seus companheiros. (Human Rights Watch/96). Estes dados evidenciam a importância de se investigar e intervir sobre esta realidade e nos indicam a dimensão do desafio que representa a questão da violência conjugal.

Este capítulo é fruto de um Projeto de Extensão que oferece atendimento psicológico a pessoas em situação de violência conjugal. O objetivo aqui é o de apresentar os resultados das investigações teóricas e da experiência clínica com as mulheres atendidas e assim apontar caminhos para a intervenção clínica em casos desta complexidade. O Projeto, intitulado “Atendimento Psicológico Especializado em Situações de Violência Conjugal”, é desenvolvido no Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e

visa o atendimento a pessoas envolvidas em situações de violência conjugal, sejam elas instigadores ou vítimas. O Projeto tem como abordagem teórica a psicodinâmica e como dispositivos clínicos a psicoterapia individual e a co-terapia. Para falar sobre esta experiência faremos um breve retorno teórico sobre as noções de violência, de passagem ao ato violento e de violência conjugal, abordando seus aspectos culturais e psicológicos. Em seguida será apresentado o Projeto de Extensão e sua metodologia, trazendo nossa experiência na clínica e reflexões sobre o tema. Cabe ressaltar que o Projeto se encontra no fim de seu primeiro ano de atividade e até o momento atendeu apenas mulheres em situação de violência conjugal e que, em função desse fator, as observações e reflexões são preliminares e voltadas para esta população.

Alguns Conceitos Teóricos

Antes de abordarmos a questão violência conjugal propriamente dita, mostra-se necessário definirmos brevemente nosso olhar sobre a violência, ou melhor, sobre os atos de violência. Tal percurso se justifica pela importância que ocupa em nossa compreensão teórica e em nossa prática clínica da dinâmica que precede tais atos. Procuramos entender suas origens e o que eles simbolizam, assim como o que leva pessoas a permanecerem em relações pautadas por dinâmicas de violência. Assim, procuramos ir além do comportamento violento propriamente dito, na expectativa de compreensão da dinâmica desses atos, da relação dos atos com a vida afetiva daquele que os comete e daquele que se vê inserido na relação violenta.

Os termos “violência”, “agressão” e “agressividade” são frequentemente utilizados de forma intercambiável nos textos e estudos sobre os atos violentos (violência conjugal, violência familiar, violência urbana, homicídios, etc.). As causas e características do comportamento violento podem ser compreendidas à luz de diversas variáveis e abordagens teóricas distintas: fisiológicas, neuropsicológicas, genéticas, psicológicas, assim como explicações que levam em conta fatores externos, como o acesso às armas, o consumo de álcool ou drogas, o status social e econômico, etc. Globalmente, estes termos — violência, agressividade e agressão — são utilizados na literatura científica para se referir a todo comportamento cuja intenção é a de ferir o outro, fisicamente ou psicologicamente (ERON, 1992).

A origem do conceito de “violência” encontra-se no latim *violentus*, *violentia*, que significa o caráter violento ou selvagem, a força. Para Senninger

e Fontaa (1996), este termo recobre duas realidades: aquela de uma força física definida pela sua subtaneidade, sua brutalidade, e a transgressão das regras, das normas, das leis e dos hábitos. A esta definição, acrescenta-se a noção de “agressividade”. O termo “agressividade” aparece de forma mais frequente no século 13 para designar as tropas que vão ao encontro uma da outra. Assim, a agressividade seria “a tendência a atacar”, termo emprestado do latim *ad gradere*, “caminhar em direção de”, unido ao sufixo *ite*, de *item*, “semelhante”, “como se” (SENNINGER; FONTAA, 1996, p. 6). Ainda segundo esses autores, “a agressividade não é violência, mesmo se ela representa uma tendência a se atualizar em violência, em certas circunstâncias” (1996, p. 8). Esta compreensão nos remete à definição de “agressão” que, por sua vez, é a atualização da agressividade em gestos, a ação mesma, de atacar um indivíduo ou uma coletividade. (SENNINGER; FONTAA, 1996).

Assim, a violência, de antemão protetora e positiva para a pessoa, em algumas situações (psicológicas, ambientais e outras), pode se transformar em agressão negativa e destruidora. Os autores sublinham que a agressividade é universal, isto é, que ela se encontra em todo indivíduo, independentemente do sexo da pessoa (SENNINGER; FONTAA, 1996). O ato violento seria assim a última instância da expressão da agressividade. Porém, tal como indicado acima, estes termos substituem uns aos outros nos escritos de um número significativo de autores.

Passagem ao ato violento

Apesar de a psicanálise ter reservado, inicialmente, um lugar privilegiado à passagem ao ato dentro do quadro analítico e da teoria psicanalítica, um grande número de autores dessa orientação teórica concebe, atualmente, que a passagem ao ato violento tem também um impacto negativo para os meios social, afetivo e outros. Esses atos seriam o ponto culminante da periculosidade e podem corresponder a uma atuação, a uma tradução atuada de um conteúdo psíquico (FISCHER, 2003). A dinâmica psíquica dessas passagens ao ato violentas não é diferente dos *acting out* encontrados nos quadros analíticos. Estas passagens ao ato são a expressão de um conflito interior, o sujeito expressando por meio de atos o que ele não consegue fazer por meio da palavra, ou, menos mal, por meio do corpo somatizado. O que o difere da passagem ao ato em situação analítica é a forma como ele é expresso, a gravidade dessa expressão e a relação destrutiva do objeto (si mesmo ou um

outro) ao qual o ato é dirigido. Tais passagens ao ato violentas são frequentemente perceptíveis no meio social, nas relações profissionais, nas relações familiares e, conseqüentemente, nas relações conjugais. Assim, as passagens ao ato são a prova de uma deterioração da expressão normal do funcionamento mental quando a violência expressa “é acompanhada de golpes, de agressões diversas, em particular quando estes fenômenos estão associados a situações de dependências físicas (álcool ou toxicomania), ou ainda quando acompanhados de condutas suicidas” (BERGERET, 1998, p. 12-13)

As passagens ao ato têm uma estrutura dinâmica, diretamente relacionada com a experiência do sujeito, sua organização intrapsíquica, suas necessidades afetivas e suas maneiras de estabelecer e viver relações interpessoais. Porém, tais passagens ao ato não se atualizam sempre da mesma forma e são determinadas igualmente pela estrutura de personalidade do sujeito.

O Projeto de Extensão: atendimento psicológico especializado em situações de violência conjugal

O objetivo principal do Projeto é o de oferecer atendimento psicológico às pessoas (parceiros/as) diretamente envolvidas em situações de violência conjugal, o que inclui tanto vítima como agressor.

Os atendimentos são realizados nos consultórios do Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC), por alunos/estagiários das fases finais do curso e professores de Psicologia da UFSC. Os pacientes são encaminhados por instituições públicas da área da saúde e assistência social (hospitais, centros de referência, unidades de saúde, etc.) ou chegam por demanda espontânea. O Projeto até o momento realizou atendimento clínico psicoterápico individual, apenas com mulheres em situação de violência conjugal. O Projeto adota também como dispositivo clínico a coterapia, a partir da perspectiva psicodinâmica.

Observações Clínicas e os Clássicos da Violência Conjugal

Antes da intervenção propriamente dita, é preciso investigar a função da violência na dinâmica conjugal, para ambos os envolvidos. Agressor e vítima precisam ser entendidos enquanto resultado de duas histórias anteriores ao vínculo conjugal atual. Isto significa entender a violência também como um sintoma, como uma forma de lidar com o outro, com as frustrações por

ele evidenciadas e as tentativas de reparação da sua história contidas neste contexto, e não como um fim em si.

Em nossa experiência clínica, pudemos perceber, dentre as mulheres atendidas, formas muito semelhantes de se expressar na clínica e na vida. Elementos que, a despeito da sua história particular e de suas idiossincrasias, conformam o que se pode chamar de *Clássicos da Violência Conjugal*. Estes elementos serão aqui apresentados em três diferentes categorias: 1) sobre a mulher; 2) sobre a mulher na clínica; 3) sobre sua família – e devem ser úteis na identificação precoce de situações de violência conjugal.

O primeiro mito a ser desvendado a respeito do primeiro eixo é o de que a violência conjugal é própria de camadas mais pobres da sociedade. O que ocorre apenas é que ela é mais velada e protegida dentro das camadas socioeconômicas mais altas. Contudo, o que acontece de forma generalizada é que essas mulheres são, pela própria exigência da dinâmica da relação violenta, levadas a abandonar sua formação e profissão para tomar conta exclusivamente dos filhos, do parceiro e da casa. Isso acaba fragilizando-as social e economicamente e reduzindo suas possibilidades de empoderamento ou mesmo de saída da relação. A dependência econômica é um dos principais fatores para a permanência em relações abusivas. (CARRASCO, 2003; CECCONELLO, 2003; NARVAZ; KOLLER,, 2005).

Identificamos também que a maioria das mulheres atendidas pelo projeto exerciam profissões relacionadas ao cuidado, por exemplo, na área da pedagogia, enfermagem, serviço social e outras. A experiência clínica revela que essa função de cuidadora foi exercida primeiramente na família de origem, na qual muitas atuavam como confidentes da mãe e em alguns casos do pai, responsáveis por assisti-los nas crises entre o casal. Por isso parecem valorizar e buscar o reconhecimento por meio do sacrifício e da ajuda ao outro.

Do mesmo modo, apresentam dificuldades em estabelecer limites claros entre si e o outro, seja nas opiniões que emitem, nas vontades que têm, nos planos de futuro e nos seus modos de ser como um todo. Têm por hábito falar de si e do mundo pela voz de um outro. No seu entendimento, esse Outro tem mais prestígio para afirmar algo do que ela própria, provavelmente porque suas ideias já foram por muito tempo invalidadas, tachadas como estupidez, ou “coisa de mulher”. Essa inibição de si pela voz do outro tem consequências crônicas na subjetividade e percebe-se que quanto mais tempo passa nessa situação maior é a dificuldade de trabalhar no fortalecimento de sua identidade dentro da clínica. É preciso, portanto, entender a função que esse Outro cumpre na existência desse sujeito.

No segundo eixo, sobre as características dessas mulheres no *setting* terapêutico, é expressivo o fato de que, em geral, iniciam a terapia com o intuito de ajudar a outros, encontrando assim o seu lugar na terapia. Isto indica que não somente a mulher está em crise quando procura a terapia, mas que a família como um todo também está. E a justificativa para que esteja ansiosa, deprimida, etc. é que alguém dentro de sua família está em sofrimento. Por exemplo, um filho que está sofrendo com a agressividade e falta de reconhecimento do pai. Há uma notável demora até que comece a entrar em contato com seu próprio sofrimento e história. Araújo (2005) apud Mariz (2008) explica esse embotamento da capacidade de pensar sobre si como a consequência de “um distanciamento da consciência utilizado como defesa contra a dor do aniquilamento do eu diante da violência sofrida.” (MARIZ, 2008, p. 6)

Outra característica, conjugada a esta, é a dificuldade em falar de si em primeira pessoa e ao invés disso utilizar recursos de sujeito genéricos como “você”, “as pessoas”, “as mulheres” em suas frases. Essa dificuldade é comum em várias categorias de pacientes, mas adquire um sentido específico dentro do contexto da violência conjugal, como a expressão de um enfraquecimento do Eu.

Sobre o terceiro eixo – a família da mulher em situação de violência conjugal – é preciso ressaltar a clara semelhança que traçam entre o parceiro e o pai. Em geral, ambos são descritos como superprotetores e agressivos. Muitas vezes, é difícil saber se estão descrevendo ou relatando algo sobre o pai ou sobre o parceiro. Esta confusão que gera no terapeuta diz da confusão que elas mesmas parecem sentir entre aquelas duas figuras. É comum, também, que tenham saído de casa muito cedo, seja porque engravidaram e casaram, ou porque saíram para trabalhar e morar em outro lugar; o que pode estar revelando um contexto familiar problemático, do qual se quer fugir, e uma ânsia por compensar a falta de afeto na família de origem.

É frequente que ambos, pai e parceiro, tenham problemas com o consumo excessivo de álcool – o que também evidencia, da parte desses homens, uma dificuldade em estabelecer limites claros e reais para si, bem como uma tendência auto-agressiva. Benghozi (2005, p. 106) afirma que “a sintomatologia do engano é aquela que se propõe como estratégia inconsciente de gestão do conteúdo. Ela se apresenta como um sintoma de preenchimento em lugar do que corresponde a um dilaceramento profundo do continente psíquico grupal e genealógico.” Isto posto, pode-se entender

o agressor também como uma vítima, como portador de um grande sofrimento psíquico que se reflete na família, mas também em si. Esses homens, apesar da representação que constroem de si como super-homens e inatingíveis, na realidade demonstram-se frágeis e conseqüentemente dependentes do cuidado exclusivo da esposa. Talvez esta seja uma das explicações possíveis para que os casos de violência entre o casal surjam logo após a descoberta da primeira gravidez, que é justamente quando esse homem revive a angústia edípica da triangulação, tendo que dividir com o filho os carinhos e cuidados que antes lhe eram exclusivos.

A história de vida dessas mulheres é marcada por um crescente isolamento social após o casamento, no qual elas se encontram protegidas do mundo pelos parceiros, que por sua vez as isolam na tentativa de mantê-las como propriedade e como cuidadoras exclusivas de si. É comum que migrem, após o casamento, para cidades ou bairros distantes da família de origem e dos amigos, e que de fato elas passem a habitar somente o espaço da casa, enquanto o espaço público, da rua, do trabalho, fica sendo exclusivo do homem. Qualquer tentativa da mulher de romper com esse isolamento é respondida com intensa agressividade pelo companheiro, que a acusa, em alguns casos, de estar buscando outros homens e a julga como mãe relapsa, punindo-a.

A disposição infantil ao cuidado, somada ao dilaceramento da rede social, constrói para a mulher uma identidade restrita à existência do companheiro; um lugar único de prestígio, em ser a única pessoa que o conhece e que poderia ajudá-lo. Esse homem, por sua vez, busca sempre reforçar essa identidade, especialmente nos momentos de apaziguamento, quando a mágoa e o afastamento que o ato violento gerou se rebaixam em troca do retorno a esse marco identitário, a esse lugar que ela possui somente ao seu lado.

A dinâmica aprisionadora que se estabelece entre o casal contém, em si, a chave para a sua libertação. Quebrada essa relação de dependência entre ambos, quebra-se também a hierarquia violenta que ali se estabelece. E é aí que o processo psicoterápico atua, na restauração do narcisismo e na reconstrução da identidade da mulher para que se fortaleça e se torne capaz de sustentar o movimento de mudança.

Enfrentamento da Violência Conjugal na Clínica

A vítima, presa no ciclo da violência, busca sustentar as esperanças baseada nos momentos de apaziguamento. Porém, com o aumento da frequência

e da intensidade dos episódios de violência, há um aumento do nível de ansiedade, o que a leva muitas vezes a buscar ajuda.

A psicoterapia entra então nesse momento de crise. E vem a ser a possibilidade que o sujeito encontra de experimentar outra relação, de ter um espaço para olhar para si e para a sua história de forma segura, de compreender a sequência dos acontecimentos e sua implicação atualizada neles. A partir daí é que pode encontrar os elementos que ficaram perdidos e que recombinaos, são estratégicos no desenvolvimento das capacidades de resiliência e simbolização e, assim, na elaboração criativa de um novo futuro.

Passado então o momento de crise, em que a mulher busca ajuda e inicia um processo psicoterápico, a tentação de retornar ao que se era – entendida como resistência – vem com grande intensidade e surge aí a culpa por olhar para si e ter abandonado o sofrimento alheio, nesse caso, do parceiro. É nesse momento que a terapia passa a apresentar o risco aparente para a dinâmica do casal e quando frequentemente ocorre a desistência do processo.

Conforme aponta Mariz (2008):

Fixada no lugar de vítima agredida e à mercê dos desmandos do marido e do filho, utilizava-se do espaço de terapia como uma catarse de suas angustias. No momento que algumas questões são pontuadas, inicia o movimento de abandono do acompanhamento, refletindo em constantes faltas e remarcações. (MARIZ, 2008, p. 5)

O trabalho voltado para a construção e o reconhecimento de uma identidade própria deve ser priorizado para que se possa, a partir de um ego mais fortalecido, entrar em questões mais profundas dentro da terapia. Além disso, a terapia não deve se colocar como objetivo principal a separação do casal, pois desta forma estaria contribuindo com a resistência, somando forças com a tendência a voltar a ser o que se era e assim abandonar o processo terapêutico que conseguiu iniciar.

Efetivamente, a problemática trazida já se arrasta por anos: são idas e vindas constantes, relações perversas, conluios inconscientes, uma complementaridade patológica cuja possibilidade de mudança é ameaçadora, pois a mudança traz consigo o medo de perder o que já existe e é conhecido, mesmo sendo 'ruim'. (TOROSSIAN; HELENO; VIZZOTTO, 2009, p. 15)

A mulher em situação de violência conjugal é frequentemente vista como vítima, infantilizada e conseqüentemente como quem necessita de

alguém que lhe diga o que fazer. O terapeuta, contudo, deve resistir a esse lugar, abrindo, assim, a possibilidade de um espaço no qual ela possa encontrar outra forma de se relacionar, que não pela subjugação à vontade do outro.

Por mais tentado que possa se sentir o analista a se tornar o educador, o modelo e o ideal de seus pacientes, qualquer que seja o desejo que tenha de moldá-los à sua imagem, ele precisa lembrar-se de que este não é o objetivo que procura atingir na análise e até de que fracassará em sua tarefa entregando-se a essa tendência. Assim agindo, ele apenas repetirá o erro dos pais cuja influência sufocou a independência da criança e substituiria a antiga sujeição por uma nova. (FREUD, 1940 apud ZIMMERMAN, 2004).

Faz-se necessário, ainda, investigar quais são as possibilidades de escape dessa mulher da situação em que se encontra; analisar os recursos culturais, familiares, de rede social com os quais ela pode contar para se reinventar, e passar de vítima-cuidadora a responsável por si e por suas escolhas. Para Gomes (2005, p. 186), “é preciso desvendar sua história passada, numa tentativa de torná-la autora de uma história futura que permita, inclusive, uma nova construção subjetiva do feminino.”

Assim, os objetivos da psicoterapia com sujeitos em situação de violência devem ser: 1) O fortalecimento de sua identidade e restauração do narcisismo; 2) O restabelecimento da confiança em suas produções simbólicas; 3) A definição de limites entre si e os outros.

Para Cremasco (2008, p. 234) o trabalho da resiliência pressupõe que o sujeito se torne ator/autor em sua história. O objetivo não é, então, na perspectiva psicanalítica, a erradicação do sintoma, mas a procura de uma criatividade alternativa à da sua produção. (BENGHOZI, 2005)

O dispositivo clínico da coterapia

Como visto, a violência conjugal se configura como uma situação complexa tanto para os envolvidos como para os terapeutas. Em função do sofrimento associado a este tipo de situação, o tratamento psicoterápico pode se tornar exaustivo para apenas um terapeuta. Conforme Machado (2004), uma das dificuldades do “trabalho com vítimas de crimes” é o perigo do hiperenvolvimento ou mesmo do distanciamento como negação para o sentimento que surge do contato com situações de sofrimento intenso.

Nesse sentido o dispositivo clínico da coterapia se mostra positivo, por permitir a divisão da responsabilidade pelo tratamento e por possibilitar aos terapeutas uma supervisão e apoio constantes, visto ser possível a observação da interação entre um dos terapeutas e o paciente. Além disso, a prática da coterapia exige que haja diálogo entre os terapeutas, que eles estejam de acordo quanto aos objetivos da terapia, sua metodologia e suas funções, o que exige que discutam o caso fora do *setting* terapêutico, proporcionando um maior diálogo e a troca de experiências sobre uma situação complexa como a da violência conjugal.

Já para o paciente em situações de violência, esta técnica se mostra interessante por possibilitar escutas diferentes sobre seu caso. Diferentemente da terapia com apenas um profissional, na coterapia, além de ambos os terapeutas se dirigirem ao paciente, ele ainda pode ver seu caso sendo discutido por eles, o que amplia sua compreensão a respeito de seu próprio processo.

O maior número de terapeutas também modifica a forma como se dá a transferência, que pode então ocorrer com apenas um terapeuta ou com diversos. Uma maior quantidade de características amplia as alternativas e favorece a atualização da triangulação. A partir de uma perspectiva psicodinâmica, “a inclusão do terceiro, já não na fantasia do paciente, mas na situação real atual, facilita uma maior interação entre as projeções e introjeções e sua posterior compreensão por parte do paciente.” (PEDRALS ET AL, 2007, p.329)

A variedade de olhares que compõe a coterapia permite o surgimento de um número maior de elementos de análise sobre o sujeito, provoca nele uma maior segurança na sua produção simbólica e consequentemente na reconstrução de sua identidade. Sendo estes os objetivos principais da clínica psicoterápica em casos de violência conjugal, a coterapia mostra-se como um dispositivo clínico útil na intervenção em casos complexos como este.

Considerações Finais

O Projeto, até o momento, responde às expectativas e objetivos por ele propostos: proporcionar atendimento a pessoas em situação de violência conjugal, constituir um lugar de discussão sobre a violência e as passagens ao ato violentas no âmbito das relações conjugais e de formação acadêmica para alunos da graduação em psicologia, além de desenvolver vínculos entre as mais diversas instituições de saúde e de assistência social da cidade e da região.

No que se refere aos atendimentos às mulheres, conforme Narvaz e Koller (2006) e Soares (1999) citado por Bifano (2002) o desejo de ter uma família e mantê-la unida, a dependência econômica e afetiva, o medo, a falta de apoio familiar, comunitário e/ou social, a invisibilidade e o isolamento social, os riscos para a identidade do sujeito contidos no rompimento são alguns dos fatores que contribuem para a permanência em relacionamentos violentos por parte da vítima.

Esses relacionamentos acabam por desenvolver um ciclo, do qual se torna difícil sair, principalmente porque, sendo a violência simbolicida, ela acaba por destruir a possibilidade de produção de sentido, de elaboração, e a criatividade do sujeito. Isto quer dizer que destrói até mesmo as pontes de saída da própria situação de violência.

A violência marca o sujeito na pele, marca sua linguagem, sua identidade. A violência é humilhante e, em seu grau mais sutil e não por isso menos atroz, é simbolicida, como anteriormente exposto. Desta forma, a procura por recursos para reinventar sua história é circular e com uma escassez crônica de elementos criativos, e tende assim à repetição. Na tentativa de sair desta situação, de ressignificar e reparar o dano causado, o sujeito entra novamente na mesma situação da qual pretendia fugir. Na ausência de um outro referencial suficientemente forte de relação afetiva, a tendência é que as relações violentas na vida do sujeito se repitam, especialmente no âmbito da conjugalidade.

Uma das especificidades do trabalho psicoterápico com mulheres em situação de violência conjugal está relacionada ao seu estado no momento em que procuram a psicoterapia. Em geral, chegam num estado de perturbação tal que sua capacidade de simbolização e elaboração encontra-se bastante limitada. Por isso, é preciso respeitar essa fragilidade e empreender um trabalho intenso de fortalecimento do seu Eu para que, então, sejam capazes de empreender o movimento, que é próprio da terapia, de ir do que é dado como certo para o campo das incertezas. Conforme Machado (2004), é necessária uma estabilização dos sintomas dos pacientes para que se possa realizar uma intervenção mais profunda. E a partir daí, poder reconstruir sua identidade, repensar suas escolhas e planos futuros.

Este artigo baseia-se no trabalho psicoterápico com pessoas em situação de violência conjugal. Por se tratar de um sintoma não só familiar, mas também sociocultural, torna-se necessário que aprendamos a trabalhar com ele de forma interdisciplinar. A ritualização judicial, por exemplo, é

uma modalidade importante de gestão da culpabilidade e ritualização do perdão, servindo como um modelo de gestão da vergonha e da humilhação decisivo na reconstrução da identidade. (BENGHOZI, 2005, p. 106).

Em caso de risco iminente à vida, é importante que os sujeitos envolvidos possam contar com políticas de proteção, tais como abrigos e afastamento imediato do agressor, entre outros. Além disso, é fundamental que o seu sustento não tenha de ser o motivo para continuar na relação violenta ou subjugada. Sendo assim, é necessária a garantia de assistência social qualificada e que, por meio dela, lhe seja dada uma possibilidade concreta para uma verdadeira reestruturação de sua vida. Outro aspecto ao qual devemos estar atentos é a exclusão gerada pela pobreza, que potencializa a fragilização dos laços sociais e dificulta ainda mais o acesso a recursos de suporte social.

Referências

BENGHOZI, P. Tradução: MARQUES, S. T. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.101-109, 2005.

BERGERET, J. Actes de violence: réflexion générale. In: MILLAUD, F. (Org.). **Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques**. Paris: Masson, 1998. p. 3-8.

BIFANO, A. H. **Relacionamentos que Matam**: violência conjugal/Relationshipsthatkill: married violence. 2002. Disponível em: <http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/217-of1-st2.pdf>. Acesso em: 24 jun 2011.

CREMASCO, M. V. F. **Violência e Resiliência**: enfrentamento do traumático na clínica psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 222-240, nov. 2008.

ERON, L. D. Gender differences in violence: **Biology and/or socialization?** In: K. BJORKQVIST & P. NIEMELA (Org.). *Of mice and women: Aspects of female aggression*. San Diego: Academic Press Inc, 1992. p. 89-97.

FISCHER, G. N. **Psychologie des violences sociales**. Paris: Dunod, 2003.

GOMES, I. C. **Transmissão psíquica transgeracional e violência conjugal**: um relato de caso. *Bol. psicol [online]*, v. 55, n. 123, pp. 177-188, 2005.

MACHADO, C. **Intervenção psicológica com vítimas de crimes:** Dilemas teóricos, técnicos e emocionais. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), Granada/Espanha, v. 4, n. 2, pp. 399-411, maio 2004.

MARIZ, N. N. Conjugalidade e violência: uma escuta em terapia familiar psicanalítica. **Anais III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental**, Niterói, 2008.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. **Mulheres vítimas de violência doméstica:** Compreendendo subjetividades assujeitadas. *Revista Psico*. Porto Alegre, v. 37, n. 1, pp. 7-13, Jan/abr. 2006.

PEDRALS, A.; FERNÁNDEZ, M.; MORALES, G.; RAVERA, G.; RECART, C.; TUANE, L. **Práctica psicoterapéutica:** el desafío de la co-terapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria: Temas e Controversias*, Chile. Año 3, v. 3, n. 3, setembro 2007.

HUMAN RIGHTS WATCH, Relatório de Direitos Humanos da Mulher da Human Rights Watch 1996. In: MATTAR, J.; FIDA, P.; FURLAN, R. **Violência Doméstica**, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006. Disponível: <http://works.bepress.com/rafaelafurlan/3/>. Acesso: 15 fev. 2012.

SENNINGER, J.L.; FONTAA, V. **Psychopathologie des malades dange-reux**. Paris: Dunod, 1996.

SILVA, M. A. da; FALBO NETO, G. H.; CABRAL FILHO, J. E. **Maus tratos na infância de mulheres vítimas de violência.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 121-127, jan./mar. 2009.

TOROSSIAN, M. S.; HELENO, M. G. V.; VIZZOTTO, M. M. **Relacionamento conjugal e o fenômeno da violência doméstica:** um estudo de caso. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 17, n. 1, p. 12-16, Jan-Jun 2009.

ZIMMERMAN, D.E. **Manual de Técnica Psicanalítica:** uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.



TRABALHO, MODE DE VIDA NA RUA E USO DE DROGAS: percepção de pessoas em situação de rua como subsídio para planejamento de ações de reinserção social no CAPSad

*João Fillipe Horr
Viviane Hultmann Nieweglowski
Daniela Ribeiro Schneider*

Um dos eixos centrais do Programa Pro-Saúde do Governo Federal é oferecer possibilidade de integração ensino-serviço, com a consequente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS (Sistema Único de Saúde). Sendo assim, um dos objetivos principais do Pro-Saúde II da Psicologia da UFSC foi o de fortalecer a integração do Curso de Psicologia da UFSC com a área da Saúde, através de uma formação profissional voltada para os princípios do SUS, na perspectiva de integralidade dos processos de saúde/doença, com ênfase multiprofissional e interdisciplinar, inserindo alunos na rede, especificamente, na de saúde mental. O relato de experiência de estágio aqui descrito, desenvolvido num Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas (CAPSad), se inscreve neste contexto e discute atividades acadêmicas e profissionais desenvolvidas neste cenário de prática.

O CAPSad aqui estudado tem como característica a presença de usuários em situação de rua, compondo mais de 20% do público que ali frequenta,

sendo um serviço referência no município para a atenção a esta população com problemas de abuso de substâncias psicoativas, juntamente com os dispositivos da Abordagem de Rua, do Programa de Atendimento a Dependentes Químicos (PROADQ) e a Casa de Apoio Social da Secretaria de Assistência Social e Juventude da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Esta população tem características específicas e uma situação de vulnerabilidade psicossocial mais acentuada do que outros usuários, o que levou a elaboração, em parceria com a supervisora local, de desenvolvimento de um projeto específico de estágio a ela direcionado.

Além disto, foi verificada a necessidade de uma pesquisa sobre a relação dos usuários com o mundo do trabalho, pois em levantamento de dados realizada em 2010 descreveu-se que 79% dos usuários do CAPSad estavam em situação de desemprego ou em situação de “benefício para tratamento de saúde”. Também foi verificado que a grande maioria, cerca de 65% do total de usuários, não tinham buscado qualquer tipo de função laborativa nos últimos meses. Em pesquisa realizada em 2006 nos serviços que atendem dependentes de drogas em Florianópolis, a maioria dos usuários era desempregada ou fazia biscoites (SCHNEIDER, SPORH e LEITÃO, 2006), demonstrando que este problema da relação com o trabalho é uma característica que vem permanecendo neste tipo de população. Além disto, há o relato dos psiquiatras do serviço, baseado em sua experiência empírica, de que muitos usuários, quando se aproxima a entrevista de revisão do benefício, apresentam recaídas no uso de drogas, o que põe a questão a relação por eles estabelecida com o mundo do trabalho.

Portanto, definiu-se para este estágio, que se caracterizou como de psicologia organizacional, a realização de uma pesquisa baseada em metodologia qualitativa, cujo objetivo seria levantar o significado do mundo do trabalho e da vida na rua para estes usuários. Tal processo objetivou a obtenção de dados para um planejamento de ações mais efetivas em reinserção social, dirigidas para as reais necessidades desta população do CAPSad, como necessidade na qualificação destes serviços (GIACOMOZZI, 2011).

A Política Nacional para os Problemas Relacionados ao Uso do Álcool e outras Drogas

A abordagem dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas como sendo uma questão de saúde pública é recente no Brasil,

dado que somente a partir de 2003 passou-se a ter uma política pública de saúde específica sobre o tema (BRASIL, 2003). A partir dos anos 1990, com a organização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como da Reforma Sanitária, consolidada com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos centrais da atenção em saúde mental. Em 2003 integrou-se o cuidado da rede SUS à demanda específica dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas (AD), consolidando os CAPSad especializados nos transtornos relacionados ao uso de substâncias. Estes são serviços de média complexidade, que devem estar localizados nos territórios da população alvo, e devem ser balizados pelos princípios da Redução de Danos. Esta perspectiva é a recomendada pelo Ministério da Saúde por reconhecer cada usuário em sua singularidade e traçar estratégias clínicas que estão voltadas não somente para a abstinência, mas para a defesa de sua vida (BRASIL, 2003; 2004).

Este processo de consolidação destes dispositivos implica que há uma clínica sendo (re)construída, constantemente, no cotidiano dos CAPS (GRIGOLO, 2010). Sendo assim, a clínica psicossocial dos CAPSad objetiva-se na consolidação de uma atenção integral, passando pela efetiva inserção na rede de saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade, bem como a realização de ações de tratamento, prevenção e promoção de saúde. Além disso, possui um horizonte político, voltado à desconstrução dos estigmas dos usuários e da relação da sociedade com as substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

Com isso, um dos desafios impostos aos serviços de saúde mental do SUS (incluindo os CAPSad) são as ações destinadas à reinserção social dos usuários, seja através da inserção no mundo do trabalho, da reconstrução dos laços comunitários e familiares, da possibilidade de espaços de lazer, entre outros. Isto implica no planejamento de ações que almejem a reabilitação psicossocial dos usuários, auxiliando-os a reverter o processo de exclusão, para uma efetiva reinserção social (e não “readaptação” social).

No entanto, a produção de conhecimento sobre reinserção psicossocial dos usuários com transtornos relacionados ao uso de substâncias é ainda incipiente (PINHO, 2009; PINHO et al., 2008), estando aberta às experiências e novas produções de conhecimento. Saraceno (2001) discute os diferentes modelos de compreensão da reabilitação psicossocial, estabelecendo o conceito de contratualidade como norteador das práticas de reabilitação. O autor define a contratualidade como a capacidade de engendrar trocas sociais em três grandes eixos no processo de reabilitação psicossocial:

o habitat (relações familiares), a rede social (vínculos com a rede comunitária) e o trabalho como valor social (trabalho significativo para o sujeito). A dimensão do trabalho é um dos eixos norteadores apontados por Saraceno (2001) no seu sentido de valor social, isto é, como um recurso que permite ao usuário estabelecer trocas afetivas e materiais, fortalecendo sua identidade.

As discussões do trabalho como uma faceta importante na constituição da subjetividade não são recentes. Remete à própria concepção de trabalho, especificamente o humano, que é construído pela apropriação afetiva e reflexiva de suas ações, transformando sua situação. Portanto, o trabalho humano é considerado uma práxis, um movimento de transformação das condições dadas e uma exigência de posicionamento do sujeito no mundo. Os papéis constituídos através do trabalho têm repercussões no processo de constituição da subjetividade, podendo ser fatores de risco ou proteção ao sujeito.

Coutinho et al (2007) fazem uma análise das várias contribuições das Ciências Humanas nas questões relacionadas ao trabalho e a constituição da subjetividade, destacando a importância das variáveis sociais da contemporaneidade e sua repercussão nos processos identitários dos trabalhadores. A reestruturação dos processos produtivos, a precariedade e a vulnerabilidade geram fenômenos como a exclusão social, demarcando aqueles que são capazes ou não de sobreviver ao sistema capitalista vigente.

Estas reflexões permitem pensar criticamente como o trabalho pode ser uma via tanto de proteção quanto de risco aos usuários dos serviços de saúde mental. O processo de reabilitação psicossocial deve estar atrelado ao seu sentido terapêutico e ético-político, e não uma readaptação social dos usuários (COSTA-ROSA et al., 2003).

A Questão Psicossocial de Pessoas em Situação de Rua

A contemporaneidade é demarcada por processos macroestruturais complexos, como as polarizações econômicas e as novas dinâmicas do trabalho, gerando concentrações de riqueza díspares. Somada à instabilidade do mercado, o Estado implica-se pouco, não se adaptando a urgente reestruturação demográfica e as seqüelas sociais advindas (VARANDA; ADORNO, 2004).

Diante desses complexos arranjos sociais, o fenômeno de pessoas que buscam as ruas como meio de sobrevivência torna-se cada vez mais comum.

No entanto, o processo de ida às ruas é diversificado, considerando a heterogeneidade de histórias e motivos dos sujeitos. Pode-se afirmar, conforme Vieira et al. (1994) sobre as pessoas em situação de rua que há diferenças entre “ficar na rua, circunstancialmente”, “estar na rua, recentemente” e “ser de rua, permanentemente”, sendo que as situações definem também os tipos de serviços assistenciais que são acionados.

A complexidade do estar na rua pode ter diferentes perspectivas e significados, desde um lugar de morada até o de solidariedade, passando por espaço de trabalho, de segurança e, muitas vezes, de medo e violência (PIMENTA; SILVA, 2009). Este cenário contraditório produz experiências ambíguas para quem o vivencia, ainda que se coloque como definidor do campo de possibilidades de ser de muitos desses sujeitos que escolhem viver nas ruas.

Inclusive, segundo Snow e Anderson (1998, apud COSTA, 2005) neste contexto o uso de álcool e drogas é considerado como uma das dimensões culturais que compõem o estilo de vida de quem vive na rua, pois implica meios de sociabilidade e formas de lidar com a fome e enfrentar dificuldades psicossociais. Portanto, estar em abstinência é um grande desafio para essas pessoas, ainda que sua situação de saúde exija esta situação para a própria sobrevivência.

Segundo Carneiro Jr et al. (1998), já no final do século XX a população de rua apresentava-se como um grupo social com dimensões quantitativa e qualitativamente novas na realidade urbana brasileira. Numericamente, seu crescimento veio se acentuando desde os períodos de recessão econômica, indicando a necessidade de uma maior visibilidade às suas demandas para diferentes setores da área social: o da assistência social, da saúde, da habitação e da segurança pública.

Neste relato, priorizamos a escuta de pessoas que frequentam o serviço de saúde específico para usuários de álcool e outras drogas e que se identificam como moradoras de rua, para as quais a rua passou a ser seu lugar de referência e espaço de relações (CARNEIRO JR ET AL., 1998). Segundo Pimenta e Silva (2009) a transformação dos espaços públicos e das ruas como forma de existência se estrutura numa “cultura alternativa”, com seus respectivos valores, crenças e percepções. Observar as peculiaridades inerentes ao universo dos moradores de rua permite planejar ações atendam as reais necessidades destes usuários no campo da reinserção social.

A Atenção ao Morador de Rua no CAPSad

No município de Florianópolis a atenção às pessoas em situação de rua acontece através da parceria entre as Secretarias da Saúde e Assistência Social. A partir do programa “Ação de cidadania do morador de rua”, foram articulados os serviços da Abordagem de Rua, da Secretaria de Desenvolvimento Social, o Serviço de Atendimento Médico Urgente (SAMU), os Hospitais da Rede Estadual e Federal, a Polícia Militar e finalmente, o CAPSad.

Este programa foi viabilizado a partir da interlocução entre os dispositivos assistenciais de ambas as Secretarias, diante das complicações decorrentes do abuso de substâncias psicoativas deste público. No caso da Secretaria de Assistência Social, os dispositivos são a Abordagem de Rua, o Programa de Atendimento a Dependentes Químicos (PROADQ) e a Casa de Apoio Social.

A abordagem de rua e o PROADQ são portas de entrada às pessoas em situação de rua, sendo encaminhados para uma Comunidade Terapêutica, ou para a Casa de Apoio Social (uma casa de passagem que serve como um dispositivo de alta complexidade da Assistência Social). O usuário que reside na Casa de Apoio passa a fazer acompanhamento ambulatorial no CAPSad, para encaminhamentos posteriores conforme a evolução do caso. A interlocução entre o CAPSad e estes serviços é constante, já que uma parte significativa (no momento da pesquisa, cerca de 22% dos usuários atendidos no serviço) são da Casa de Apoio Social.

Dada às dificuldades do serviço em planejar ações de reinserção social aos usuários da Casa de Apoio Social, fez-se pertinente uma pesquisa acerca de como estes atribuem sentido às suas experiências na rua, como estabelecem a relação com o trabalho e como percebem possibilidades e dificuldades no processo de reinserção social.

Metodologia

Para apreender o sentido do trabalho, utilizamos o método qualitativo, indicado nos estudos que captam as crenças, percepções e opiniões na ótica dos atores sociais envolvidos no objeto de pesquisa (MINAYO, 2010). Pretendíamos utilizar uma técnica que fosse capaz de captar opiniões e reflexões dos sujeitos sobre o trabalho e a reinserção social, num processo de construção coletiva. Portanto, escolhemos como procedimento a técnica de grupos focais, pois viabiliza a discussão de temas específicos com determinado grupo

de interesse. A técnica foi escolhida por possibilitar um contexto de discussão, reflexão e coconstrução de sentidos (GUI, 2003).

Para pensar as questões norteadoras dos grupos focais, foi necessário um aprofundamento na literatura sobre as pessoas em situação de rua. Foram destacados como temas de discussão: o tempo de vivência na rua, as formas de subsistência, os tipos de trabalhos exercidos em situação de rua, o tratamento para dependência de drogas, potencialidades e dificuldades enfrentadas no processo de reinserção social.

O critério estabelecido para participação do grupo focal foi ter história de vivência na rua e no momento do grupo, estar residindo na Casa de Apoio e freqüentando o serviço do CAPSad. Assim, participaram cinco (5) usuários residentes, com entrevistas prévias e autorização dos mesmos e da equipe da Casa de Apoio. O grupo focal aconteceu no período de setembro de 2011.

Os dados acessados são pertencentes às instituições CAPSad e Casa de Apoio, como material disponível. A análise foi realizada através da análise de conteúdo, onde os dados significativos, construídos em consenso no grupo focal, são transformados em categorias aproximadas da realidade (BARDIN, 1977). A interpretação das categorias de análise foi realizada a partir da literatura encontrada sobre as pessoas em situação de rua, além das referências que nortearam as reflexões da reinserção social.

Apresentação e Discussão dos Resultados

A partir dos dados levantados do grupo focal, foram estabelecidas três categorias de análise: 1) Modo de vida na rua e relação com o trabalho; 2) Dependência de drogas e 3) Metáforas, que se dividiram nas subcategorias e unidades temáticas que serão descritas e analisadas a seguir.

Modo de Vida na Rua e Relação com o Trabalho

Esta categoria pretende analisar aspectos relacionados às vivências na rua, investigando os motivos de viver na rua, as formas de subsistência, os tipos de trabalhos realizados pelos sujeitos, além dos motivos de saída e algumas especificidades.

Na subcategoria Motivos de Viver na Rua, os participantes colocaram como variáveis os conflitos e perdas familiares, falência dos negócios e a dependência de drogas, sendo que muitas vezes um aspecto desdobrou-se em

outros, ou seja, a falência levou para as drogas, ou o uso de drogas levou às rupturas familiares, ou ainda, as contradições do espaço familiar levaram ao uso de drogas, e estas imbricações estão na base da escolha pela vida na rua. Esses depoimentos corroboram com dados de outras pesquisas qualitativas realizadas com pessoas em situação de rua (CARNEIRO JUNIOR ET AL., 1998; VARANDA; ADORNO, 2004; PIMENTA; SILVA, 2009). Um aspecto importante foi o uso abusivo da substância, que amplifica os conflitos familiares, ilustrado na fala:

Sim, eu ia, saía de casa, a mãe achava que eu ia trabalhar, mas eu ia pra praia, direto pra praia. Aí chegava sexta-feira a mãe dizia, “tu não aparece” “Ô tu gasta tudo numa semana? Tais chegando todo dia bêbado”, começou assim e depois foi piorando a relação (S1).

A constituição dos conflitos familiares também aparece na precariedade e vulnerabilidade social das famílias:

Minha família sempre foi uma família simples, de baixa renda né. Aí pesava o orçamento pro lado de um e me jogavam pro outro lado. (...) depois dos meus 17 anos, eu pensei ‘eu acho que eu to sendo um peso, um incômodo’. Decidi sair e tentar viver minha vida sozinho (S4).

Em outros depoimentos aparecem questões referentes às dificuldades da vida profissional como base para se lançar à situação de rua:

Bom, eu comecei quando aconteceu aqueles problemas comigo, que eu perdi todos os negócios que eu tinha em São Paulo, tudo em Porto Seguro. Aí, pô, tava com dinheiro pra caramba, Porto Seguro, peguei uma pousada de luxo, só tomava whisky. Só que aí foi terminando, uma hora o dinheiro acaba. Cocaína, tudo. Quando eu vi eu tava em Pouso Alegre, Minas Gerais, quando acabou o meu dinheiro. Eu não tava acostumado com a rua, mas tive de me virar (S2).

Segundo Carneiro Jr et al. (1998) a perda do emprego e as dificuldades da inserção no mercado de trabalho são elementos importantes que justificam a origem desse segmento populacional, seja do ponto de vista da reprodução social, seja pela ética que desprivilegia os que não têm atividade produtiva. Destaca que este tipo de juízo influencia, particularmente, a dinâmica familiar. Sendo assim, as dificuldades do mundo do trabalho relacionam-se com o agravamento do abuso de substâncias psicoativas, bem

como acarretam rupturas nas relações familiares e estão na base da escolha pelo mundo da rua.

Na subcategoria Tempo de Vivência na Rua, três participantes destacaram que vivem há menos de 5 anos, um há mais de 5 anos e outro há mais de 20 anos. O tempo de vivência na rua é uma variável importante para compreender o posicionamento dos sujeitos em relação à trajetória e permanência na rua. Conforme visto na literatura (VIEIRA et al., 1994; COSTA, 2005; PIMENTA; SILVA, 2009) há diferenças nos tipos de situações que motivam a ida e permanência nas ruas. No caso do grupo, todos os sujeitos identificaram-se como moradores de rua, com longas trajetórias de vivências nas ruas.

A subcategoria Formas de Ganho Financeiro se refere às estratégias desenvolvidas pelos sujeitos para conseguirem dinheiro nas ruas. Foram estabelecidas as unidades: trabalho formal (serviços gerais por dia em obras de construção civil), trabalho informal (venda de objetos, poemas e artesanatos), trocas de favores/serviços, pedidos de esmola e furtos. Esta subcategoria foi elencada por conta da especificidade das relações estabelecidas dos sujeitos com o ganho e o uso do dinheiro nas ruas. É interessante destacar a criatividade e busca de alternativas para ganhar dinheiro:

Eu falava, tô tendo uma idéia pra nós ganhar dinheiro: . Nós arrancamos pedacinho da figueira de noite e fizemos mudinha com saco de lixo. Aí chegava pra eles “Levem para su casa, *la isla de la figuera centenaria, planta en su quintal, 5 dolares*”. Então tem tudo essas jogadas e o negócio, o poema foi uma vez que eu cheguei aqui e eu não tinha nada mesmo. Aí fui num prédio e pedi pro porteiro se ele me arrumava um papel e uma caneta, aí fui lá e escrevi um poema “ah essas mulheres da ilha..tal”, arrumei um cara pra digitar pra mim, ganhei 10 cópias do negócio no xerox e comecei a vender (S2).

A unanimidade das percepções dos sujeitos foi que o engajamento em atividades para adquirir dinheiro está relacionado diretamente ao uso de substâncias psicoativas. Essas opiniões podem ser expressas pelas seguintes falas:

Eu pegava serviço por dia, eu escoltava sofá, trabalhava na chapeação também. Mas aí eu ia um dia e dois três dias não ia porque eu dormia na rua né, e então quando eu ia eu recebia por dia. Quando eu não ia eu ficava gastando aquilo na cachaça (S3).

Um cara disse para mim “ei, dá uma olhadinha no meu carro pra mim”, aí chegou e ele me deu uns 20 conto, e aí já saí pra comprar bebida, né... (S1).

Agüentei quase um mês já, trabalhando em obra, construção e na hora que chegava o final de semana, ao invés de pensar que na outra semana eu tinha que almoçar, tomar café, que nada, já ia beber e ia pra boca, já ia fumar, usar drogas (S5).

Mas aí é que é problema, a facilidade que o cara tem pra ganhar dinheiro é o que mata o morador de rua. Eu coloquei uma vez lá, um texto que eles pediram pra secretaria: dar um prato de comida, dar um cobertor pra quem tem frio, tudo bem. Agora, cada centavo dado nas ruas se torna droga ou álcool (S2).

Esses depoimentos mostram que a relação com o trabalho, seja formal ou informal, desta população, que em sua maioria visa a obtenção de ganhos financeiros direcionados para o uso de substâncias e a sobrevivência muitas vezes colocada em segundo plano, é de outra ordem do que o das pessoas adaptadas às normas do jogo em sociedade. Portanto, estamos diante de estabelecimento de valores bastante diferenciados, onde a realização no trabalho, a aquisição de bens, a garantia da qualidade de vida não são metas estabelecidas como para o chamado “cidadão comum”. Daí a necessidade de um distanciamento dos técnicos que trabalham com esta população, para que compreendam suas especificidades e para que não se exijam deles o que não são objetivos que eles almejem ou situações que lhes sejam significativas. Segundo Pimenta e Silva (2009), é importante para os pesquisadores não fecharem suas análises nos efeitos da relação capital versus trabalho, pois só assim conseguem dar voz e vida as falas dos sujeitos que fizeram moradia na rua.

Na subcategoria *Outras Formas de Subsistência*, se destaca formas específicas de sobreviver nas ruas, como: doação de comida, doação de roupas e ganho de passagens de ônibus. Os dados revelam que as estratégias voltadas para as necessidades básicas, como a alimentação, provém de pedidos nas ruas ou uso de serviços assistenciais, conforme vemos no depoimento abaixo:

E comida muitas vezes as pessoas dão, né. Então não precisa roubar, morador de rua não precisa roubar, porque sempre tem uma pessoa que ajuda. Mesmo tu estando catando latinha, uma pessoa vai lá e te dá uma muda de roupa, tá catando papelão vem um “quer comer um pãozinho? Quer tomar um cafézinho?”, tudo assim. “Quer levar isso

aqui pra mim lá e eu te dou um dinheiro?”, o cara pede pra te fazer um favor, pede, leva lá “ó senhora joguei no lixo lá pra senhora”, “Perái que eu vou te dar um dinheirinho então” (S3).

Já a subcategoria Peculiaridades da Rua se refere às características apontadas pelos sujeitos que permeiam as vivências nas ruas. Dentre elas, destacamos o significado positivo de viver na rua, implicando o uso de substâncias psicoativas e a vivência em grupos, enquanto dimensão de sociabilidade e solidariedade. O sujeito que escolheu viver na rua geralmente gosta de sua situação, apesar das dificuldades que enfrenta:

É o seguinte, a vida na rua é boa, é boa, cara. É boa entre aspas. É uma escolha, o cara que quer, sabe viver na rua. Porque tu tem roupa todo dia, tu tem dinheiro toda hora, tu tem cachaça toda hora, tem crack toda hora, tu tem tudo. Mas tu nunca é nada sem ninguém, tem que andar sempre em dois ou três (S1).

Aquele dinheiro, os 40 pilas que eu ganhei no dia, era o meu cobertor pra noite. Porque daí o meu cobertor seria o litro de cachaça, né? (...) Alguém comprava um litro e escondia, outro comprava o outro litro e escondia, outro comprava outro litro e escondia. Quando era 4 da manhã nós se acordava, um chamava o outro “ei, tem aí?”, “eu tenho!”, “eu tenho!”, “eu tenho!”, todo mundo junto (S3).

É importante destacar o valor simbólico do uso de substâncias para os sujeitos que vivem nas ruas. As substâncias psicoativas aparecem nas vivências como forma de socialização e também de sobrevivência ao frio e a fome advindas da situação de vulnerabilidade (VIEIRA ET AL. 1994; COSTA, 2005), bem como forma de enfrentar as dificuldades psicossociais, amenizando o sofrimento psíquico, produzindo muitas vezes um embotamento emocional, como afirma Carneiro Jr et al. (1998).

Na subcategoria *Motivos de Saída da Rua*, foram descritas as variáveis que impulsionaram os sujeitos a buscarem sair das ruas, indo aos serviços assistenciais no Município. Dentre elas, foram destacadas: declínio físico decorrente do uso de substância; situações de risco e violência; o aparecimento no cenário das ruas de usuários de crack e a idade.

O declínio físico é uma das principais variáveis que motivam o morador de rua a buscar os serviços institucionais, como CAPSad ou Abordagem de Rua/Casa de Apoio Social. Segundo Costa (2005) uma peculiaridade de pessoas com longa trajetória de vivências nas ruas é debilitação física

e mental, especialmente causada pela exposição aos riscos e a dependência de substâncias. Aristides e Lima (2009) salientam que é necessário compreender as representações do processo saúde-doença dos moradores de rua, onde as conseqüências físicas (principalmente a síndrome de abstinência) é um propulsor na busca de suporte, já que a debilitação física impede o ir e vir nas ruas.

Quando eu tava nas ruas eu não tinha preocupação, eu não tinha estresse. O lado emocional funcionando, maravilha, meu lado psicológico era ótimo! Mas é claro, eu tava me estourando na pinga, se não fosse por isso, se eu não ficasse doente eu tava lá até hoje (S2).

Os serviços de saúde devem ter presente as demandas específicas desta população. No estudo de Carneiro Jr et al. (1998), constatou-se que a população de rua procura os serviços de saúde basicamente para receber cuidados de enfermagem ou para o atendimento de demandas que tradicionalmente eles não têm incorporadas, tais como fornecer banho, alimentação e alojamento. Sendo assim, afirmam os autores que “estas exigências constituem desafios ao Sistema Único de Saúde, pois, muitas vezes, requerem o consenso de ações intersetoriais” (CARNEIRO JR ET AL., p. 58).

Nos últimos anos, um dos principais motivos da busca de sair da rua é a mudança do cenário, dada a presença de novos tipos de moradores deste espaço. Neste caso, os sujeitos descreveram situações de risco (como violência e roubo) trazidas especialmente pela presença de usuários de crack, alegando como uma das razões para a saída da rua e busca de suporte:

Mas hoje a situação das ruas agravaram por causa dos craqueiros, os craqueiros acabaram com a tranqüilidade da rua, não dá mais! (S4). Aí eu cruzei com uns craqueiros e eles começaram a roubar tudo, fiquei só com a roupa do corpo (S5).

Dependência de Álcool e outras Drogas

Esta categoria foi criada para descrever as percepções dos sujeitos acerca da dependência de álcool e outras drogas, das tentativas de tratamento, dos fatores de proteção e de risco que se colocam no processo de tratamento, além de aspectos da reinserção social.

A subcategoria **Tentativas de Tratamento** explicita os recursos utilizados pelos sujeitos para seguir acompanhamento para o quadro de dependência

de drogas. Foram citados principalmente os recursos institucionais, como o CAPSad, as Comunidades Terapêuticas e a Abordagem de Rua/Casa de Apoio Social.

A subcategoria **Fatores de Risco** teve o objetivo de descrever o que sujeitos compreendem que pode reverter o processo de tratamento, voltando ao padrão de uso das substâncias e também do retorno às ruas. Apontam que a dificuldades de manejar o dinheiro em relação ao consumo das substâncias é um dos grandes entraves no processo de tratamento da dependência das drogas:

O Fulano, por exemplo, levou um 1000 que recebeu do primeiro mês de trabalho, e ele já começou “eu vou embora, vou embora”, não agüentou e recaiu. Tinha que ter uma casa que segurasse ele, “calma cara, agora é a hora de trabalhar psicologicamente pra ter dinheiro”. Eu por exemplo, não tô preparado ainda, eu sinto isso, pra colocar uma bolada no bolso (S2).

Até agora com isso de sair e trabalhar, pegar meu pagamento aí. Eu não vou saber administrar meu dinheiro, meu dinheiro vai tudo pra bagunça, cachaça (S4).

A falta de suporte após internação em Comunidade Terapêutica / Casa de Apoio também foi descrita como um fator de risco ao retorno do padrão de uso das substâncias. Aqui é necessário compreender a função do uso da substância (e, portanto, o retorno ao padrão de uso) nas vivências na rua. A substância se transforma num elemento misto de sobrevivência (às condições precárias, à vulnerabilidade psicossocial), de socialização (integração entre pares, que compartilham o uso) e de risco (padrão de uso disfuncional, que acarreta em graves conseqüências de saúde física e mental). Desta forma, faz-se necessário um trabalho de seguimento do processo de alta, conforme apontam os depoimentos acerca da vulnerabilidade com que o sujeito sai das internações.

Tentei de novo ir para uma clínica, eu fiquei uns dois meses, e falei “Eu vou ficar aqui pra parar de beber”. Aí fiquei lá mais 3 meses, aí me disseram “ó cara, estais pronto, podés arrumar um serviço”. Então tá, pensei comigo: “vou sair pra arrumar um serviço”. Aí saindo, esperando o ônibus, um cara disse para mim “ei, dá uma olhadinha no meu carro pra mim”, aí chegou e ele me deu uns 20 contos, e já não agüentei e sai pra comprar bebida, né (S4).

Na subcategoria Fatores de Proteção foram elencados aspectos que os sujeitos descreveram como suporte ao tratamento para a dependência de drogas e a reinserção social. As variáveis implicadas nos fatores de proteção foram: estar trabalhando; ter atenção à saúde e permanecer na Casa de Apoio.

A unidade temática “*Estar trabalhando*” corresponde à possibilidade de ter emprego e assim garantir um grau de autonomia que favoreça a saída das ruas. O trabalho é carregado de um duplo sentido, por um lado objetivo (garantia de renda e moradia) e subjetivo (constituição de projetos e autonomia):

Mas eu, pra mim, eu cansei dessa vida, pra mim é uma vida sofrida, eu acho que pra mim, eu já não penso assim ”Tô na rua, ali eu bebo, não preciso trabalhar pra mim beber, pra mim comer”. Eu quero trabalhar, quero ter um objetivo lá na frente lá, quero ter minha casinha própria, quero ter meu carro, quero ter minha família, é isso que eu penso (S4).

A dimensão do trabalho é um importante aspecto considerado pelos usuários na retomada de um projeto de vida e de abertura de novas perspectivas de futuro, apesar de toda ambiguidade que “ter dinheiro na mão” representa para estes sujeitos, como vimos acima.

A unidade temática “Atenção à saúde” abrange os aspectos biológicos e psicológicos necessários ao acompanhamento para a dependência de drogas. Os sujeitos salientaram a importância de um acompanhamento para lidar com o processo de reinserção social, já que pode ser um período de risco ao uso das substâncias, indicando a necessidade do seguimento do processo de tratamento:

O sistema (Casa de Apoio/CAPSad) vai muito bom, mas o que faz falta é a parte da ressocialização, que eu to passando por isso, é a parte mais perigosa pra gente recair é agora (S2).

Uma casa de ressocialização seria importante, o cara sai cidadão dali. Por exemplo, to ali ó, arrumei emprego, vou ganhar 800 reais por mês. “Ó tu vai ficar mais dois meses aqui”, só que o dinheiro que eu recebo eu entrego pra casa, não é que a casa vai ficar com o dinheiro. Dá 3 meses que eu vou embora da casa com 2.400 no bolso, saio como um cidadão, vou lá alugo um quarto, pago 5, 6 meses de aluguel, respiro. Essa é a idéia, porque não adianta tu ficar com isso aí tudo pra depois ficar pedindo dinheiro na rua de novo (S2).

Na subcategoria *Aspectos da Reinserção Social* foram destacadas as percepções e sugestões do processo de reinserção social. Dentre as variáveis colocadas como sugestões, foram elencadas: o acompanhamento pós-internação em Comunidade Terapêutica e Casa de Apoio; prazos definidos para conseguir emprego; local temporário específico para morar durante período de ressocialização; a necessidade de parcerias intersetoriais e uma oficina de ressocialização no CAPSad.

A percepção do processo de reinserção social por parte dos sujeitos reflete a necessidade (do morador de rua) estar motivado em querer sair das ruas:

Aí entra aquilo que tu quer saber, se vale a pena ou não (a reinserção social), né. Eu, pra mim hoje, vale a pena. Porque eu vivi essa vida que eu to vivendo agora em outros tempos, eu me incomodava pra caramba. Tive úlcera nervosa com 27 anos por trabalhar demais, estresse emocional. E eu gostava daquilo, por isso que tem que haver esse preparo psicológico pro cara que vai trocar realmente de vida, é uma mudança “p” da vida (...) (S2).

Dentre as propostas colocadas pelos sujeitos, foram pensadas sugestões de acompanhamento pós-internação tanto em Comunidade Terapêutica quanto na Casa de Apoio, como suporte à reinserção social. A necessidade de prazos durante o período de ressocialização para a busca de emprego e local de moradia também foi discutida entre os sujeitos:

Por isso que eu digo que a Prefeitura é boa, mas enquanto não tiver essa coisa que eu falo pra vocês, que apóia, que dá um prazo, como a Casa de Apoio, que foi a melhor coisa. Tipo, tu sai de uma Clínica e vem direto pra cá, em um mês, tu arruma um serviço em qualquer lugar, tem serviço as pampas. Mas o negócio é o começo, ter um dinheiro para tu ter um lugar pra dormir... (S1)

A unidade temática Permanecer na Casa de Apoio foi descrita como um suporte ao tratamento, pré e pós-internação em Comunidade Terapêutica, já que possibilita um tempo de preparo ao sujeito até conseguir algum tipo de renda.

Foi discutida também a possibilidade de um local onde o usuário possa morar e assim estabilizar-se até conseguir um emprego, além da necessidade de parcerias entre a Saúde e Assistência Social para lidar com as

questões dos moradores de rua, indicando a necessidade da revisão e aprimoramento da política pública de atenção a este tipo de usuário.

Metáforas

Esta categoria foi estabelecida a partir de metáforas lançadas pelos sujeitos, que sintetizam os significados do modo de vida na rua, da dependência de drogas e dos aspectos da reinserção social. Segundo Andolfi (1984, p. 86), as metáforas “permitem-nos reproduzir a realidade e os objetos que nos rodeiam da mesma forma que um mapa reproduz um território”. As metáforas apresentadas foram:

“(...) o CAPS lá é um espelho...” (S1) à respeito do tratamento no CAPSad, e o convívio com usuários que fazem uso de substâncias.

“(...) fica 9 meses lá na Fazenda, quando sai parece um cachorro que caiu duma mudança, perdido(...)” (S2), sobre as internações em Comunidades Terapêuticas e a falta de suporte pós-internação.

“... não sou usuário de droga, só tomo meus goles...” (S5), a respeito do seu uso de substâncias e da diferenciação entre usuários de “droga ilícita” e álcool.

“(...) tem que andar em dois ou três. Mais que isso é formação de quadrilha.” (S1), sobre o modo de viver na rua em agrupamentos.

“(...) quando eu saí da sociedade, quando o cara me convidou pra ir lá pra praia beber cachaça com os caras, daí eu morri...até hoje (...)” (S1), sobre o início de sua história de vivência nas ruas e estar em tratamento agora.

“(...) os 40 pila que eu ganhei no dia, era o meu cobertor pra noite. Porque daí o meu cobertor seria o litro de cachaça, né...” (S3), sobre a função do uso do álcool como estratégia de sobrevivência na rua.

Considerações Finais

A proposta deste relato de experiência foi articular a metodologia qualitativa, a partir da técnica de grupos focais, aplicada num CAPSad para fornecer subsídios para o planejamento de ações de reinserção social do CAPSad. Verificando a demanda específica deste serviço, identificamos que o contingente de usuários atendidos com história de vivências nas ruas era significativo, indicando a possibilidade do uso destes dados para futuros planejamentos nessa função primordial dos CAPS de reinserção social.

As necessidades de ações de saúde evidenciadas pelos participantes vão à direção das propostas da Reforma Psiquiátrica e da Política de Redução de Danos, que preconizam ações que possibilitem a reinserção dos usuários com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. Neste sentido, Saraceno (2001) propõe as estratégias de reabilitação psicossocial, que devem permear o cuidado dos usuários para além do curativo, promovendo a reinserção social.

No entanto, a reinserção social se configura de outras formas quando as questões implicadas envolvem fenômenos complexos como exclusão social, apropriados singularmente pela população que ocupa as ruas das grandes metrópoles. Conseqüentemente, as propostas terapêuticas devem se reconfigurar, exigindo estratégias intersetoriais em todos os níveis de cuidado.

Deve-se pensar aqui no que é o curativo, até onde vão os limites da intervenção psicossocial, e como é possível articular ações condizentes com os fenômenos que aparecem nos serviços assistenciais. A questão do morador de rua é complexa, pois se deve compreender as contingências que o levaram até as ruas, o tempo e a estruturação do seu modo de vida, suas estratégias de sobrevivência e sua percepção de si e do mundo (VARANDA; ADORNO, 2004).

O grupo focal se mostrou um instrumento eficaz pela riqueza dos dados levantados pelos sujeitos. Os resultados demonstraram a importância de compreender as especificidades das vivências nas ruas com uma organização própria, um modo de vida que possui características intrínsecas de como perceber e se projetar no mundo.

A compreensão destas vivências permite planejar ações, no sentido de verificar as motivações dos usuários quanto ao processo de reinserção social. Nas discussões promovidas no grupo, a busca do emprego, do trabalho formal apareceu como mensagem implícita e um contingente necessário para “voltar à sociedade”. Ao mesmo tempo em que indicou a ambigüidade que esta situação traz para estes usuários, na medida em que, em muitos casos, foi a relação conturbada com a dimensão trabalho uma das variáveis importantes na entrada na vida de rua, trazendo o imaginário desta relação passada. Além disto, é importante trabalhar a dificuldade explicitada pelo grupo de lidar com a posse do dinheiro que o trabalho possibilita e de como isto estabelece uma relação com o uso de substância psicoativa.

Sendo assim, a relação com o trabalho deste tipo de população exige do CAPS um planejamento específico, indicando a necessidade de ações em separado de usuários que moram com famílias, tem emprego e certa estabilidade.

Pesquisas apontam que a readaptação de usuários dos serviços de saúde mental, seja através do incentivo aos trabalhos formais ou por benefícios assistenciais, muitas vezes acaba por não reorganizar o cenário onde se operam as relações de mercado, e portanto, de poder (HIRDES, 2009). Além disso, a questão do morador de rua, inerente a sua própria situação de vulnerabilidade e precariedade, acaba sendo muitas vezes focalizada nos seus aspectos materiais, desconsiderando-se a dimensão subjetiva (LIMA; MOREIRA, 2009).

Portanto, volta-se à necessidade de uma perspectiva complexa, que considere a multiplicidade de variáveis no processo de reinserção social do morador de rua. O caminho já passa a ser traçado, considerando que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (BRASIL, 2011) colocou em pauta o acesso, a atenção e o planejamento de ações intersetoriais voltadas às pessoas em situação de rua. Somente através da reintegração de saberes e no diálogo das diversas áreas do conhecimento, é que poderão se consolidar práticas efetivamente terapêuticas.

A análise do viver na rua, dos equipamentos sociais e de saúde disponíveis indica a necessidade de criação de modelos específicos e ações adequadas de atenção a esse grupo, em que o acolhimento desta classe de usuário toma-se a questão central. Assim, para os serviços de saúde permanece o desafio de operacionalizar tecnologias voltadas ao atendimento das necessidades desse grupo, e que, integradas a outras demandas, contemplem o conceito de equidade (CARNEIRO JR et al., 1998, p. 60). Essas ações devem ter o caráter intersetorial, envolvendo a rede de saúde, de assistência social e a da educação.

Assinala-se também a importância que este tipo de estágio, balizado pelo programa Pró-Saúde II, realizado no Sistema Único de Saúde, tendo como meta o princípio da integralidade, tanto enquanto concepção do processo saúde/sofrimento, quanto dos níveis de atenção, trouxe para a formação acadêmica dos alunos, profissionais e professores envolvidos, contribuindo na qualificação da formação em psicologia.

Referências

- ANDOLFI, M. **Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- ARISTIDES, J. L.; LIMA, J. V. C. **Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun., 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final – IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial**. Brasília, 2011.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; NOGUEIRA, E.; LANFERINI, G. M.; ALI D. A.; MARTINELLI, M. Serviços de saúde e população de rua: Contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, 7(2): 47-62, 1998.
- COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Revista Virtual **Textos & Contextos**, n. 4, dez., 2005.
- COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A., YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- COUTINHO, M. C. ;KRAWULSKI, E.; SOARES, D. H. P. Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. **Psicologia & Sociedade** (Impresso), v. 19, p. 29-37, 2007.
- GIACOMOZZI, A. I. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSad em relação às DST/HIV/AIDS. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.776-795, 2011.
- GRIGOLO, Tânia Maris. **“O CAPS me deu voz, me deu escuta”: Um estudo das dimensões da clínica nos centros de atenção psicossocial na**

perspectiva de trabalhadores e usuários. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. 286 f., 2010.

GUI, R. T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 3, n.1, p. 135-160, jan/jun, 2003.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania da reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 166-171, 2009.

LIMA, S. G. A.; MOREIRA, C. A. L. Os moradores de rua e o trabalho: o limiar deste mundo complexo. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, v. 2, p. 2, 2009.

MACHADO, A.R., MIRANDO, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Saúde, Ciências – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, Jul/Set, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

PIMENTA, C. A. M.; SILVA, C. L. Moradores de rua e a realidade social contemporânea: subsídios para intervenção no município de Taubaté/SP. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 6, n. 3, p. 136-158, set-dez. 2010.

PINHO, P. H. **O desafio na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial.** Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 225 f., 2009.

PINHO, P.H.; OLIVEIRA, M.A.; ALMEIDA, M.M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, supl. 1; p. 82-88, 2008.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte: Té Cora, 2001.

SCHNEIDER, D. R.; SPOHR, B.; LEITÃO, C. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da grande

Florianópolis. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 219-236, 2006.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para as políticas de saúde. **Saúde & Sociedade**, v.13, n.1, p.56-69, jan-abr. 2004.

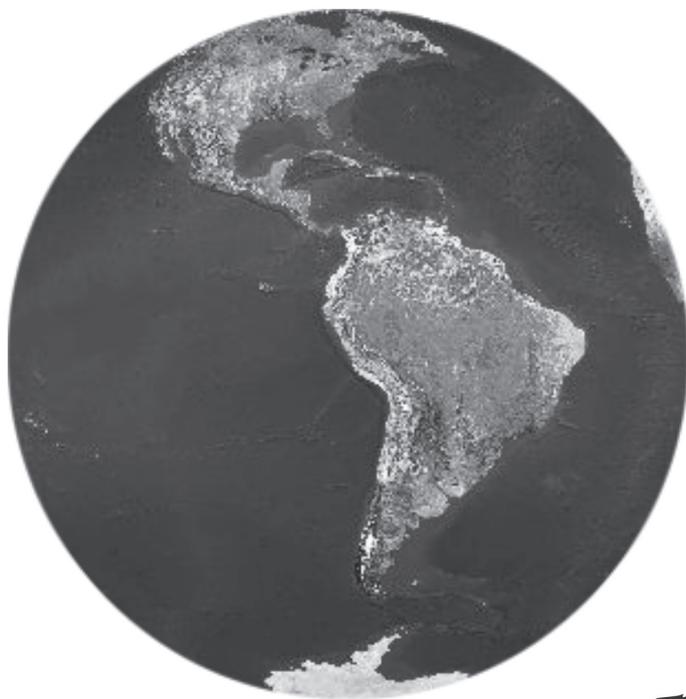
VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. (orgs.). **População de Rua: quem é, como vive, como é vista**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.



PSICOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA
NO CONTEXTO HOSPITALAR

Parte

3





ATENÇÃO PSICOLÓGICA NA PRÁTICA OBSTÉTRICA E NEONATAL: uma experiência à luz dos conceitos do Sistema Único de Saúde (SUS)

Maria Emília Pereira Nunes

Maria Aparecida Crepaldi

Elisangela Böing

Zaira A. O. Custódio

Margarida Filomena

O objetivo do presente capítulo é compartilhar com profissionais da área da saúde e das ciências humanas, algumas das possibilidades de atuação do psicólogo no contexto da saúde obstétrica e neonatal. Esta experiência concretizou-se no Serviço de Psicologia da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Trata-se de um Serviço que estabelece um forte compromisso com os princípios e diretrizes do SUS, procurando fundamentar suas práticas nos conceitos de promoção, proteção e recuperação da saúde obstétrica e neonatal dos pacientes internados.

Para fundamentar o trabalho prático é necessário apresentar e refletir sobre alguns conceitos que o sustentam, como, por exemplo: saúde, integralidade, humanização e interdisciplinaridade. Além disso, apresentar-se-á uma reflexão sobre as modificações de ordem fisiológica, física, psicológica, social, espiritual e de papéis, que ocorrem ao longo do ciclo gravídico

puerperal. Este inclui os períodos de gravidez, parto e puerpério, e assim pretende-se elucidar a importância de ter o psicólogo na equipe, quando se quer fornecer uma atenção que seja integral.

Princípios do SUS e atenção à saúde obstétrica e neonatal

De acordo com a Constituição brasileira, a saúde é um direito de todos e o Estado deve prover as condições necessárias para que esse direito seja respeitado em sua plenitude. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990, e foi regulamentado pela Lei nº 8.080, para garantir o cumprimento desse dever sem, no entanto, excluir o compromisso dos usuários e da sociedade como um todo. Este aspecto da co-responsabilidade e do controle social da população por sua saúde é descrito de forma mais clara na Lei nº 8.142, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Saúde de acordo com a legislação atual não se resume à ausência de doença e vai além do sentido do “bem estar bio-psico-social reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)”. O conceito ampliado de saúde relaciona-se à qualidade de vida. O Art. 3º, da Lei nº 8.080 (1990), dispõe que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Todos os conceitos preconizados pelo SUS são importantes para a prática do psicólogo em Maternidades, porém, neste capítulo abordar-se-á aqueles que são básicos para a assistência prestada pelo psicólogo em saúde obstétrica e neonatal.

O SUS conta com três princípios doutrinários, são eles: universalidade, equidade e integralidade; além de outros princípios organizativos como, por exemplo, a hierarquização, descentralização e controle social (Lei nº 8.080, 1990).

Universalidade relaciona-se com o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, enquanto equidade consiste em assegurar o acesso de todos considerando a complexidade de cada caso, ou seja, cada um será atendido de acordo com sua necessidade de saúde. Já a integralidade aparece descrita na Lei nº 8.080 como “integralidade

de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Art. 7º, apêndice II). Ou seja, o homem é um ser integral, e deverá ser atendido como tal por um sistema de saúde voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. Para que isto seja assegurado o SUS compreende diferentes pontos de atenção: primário, secundário e terciário, os quais estão diretamente relacionados aos conceitos de promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 331):

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida”.

A atenção primária prioriza as ações de promoção e proteção de saúde nas Unidades Locais de Saúde (ULS) e conta, como frente de trabalho, com as Equipes de Saúde da Família (ESF), priorizando a intervenção no território, ou seja, no contexto de vida do usuário (Conill, 2002). Enquanto a secundária e terciária, priorizam as ações de recuperação e reabilitação da saúde, na assistência ambulatorial e hospitalar, respectivamente.

O eixo condutor do modelo assistencial público existente no Brasil é a promoção e proteção da saúde, por serem considerados mais efetivos. Reconhecem-se os impactos das mudanças no estilo de vida das pessoas e as intervenções nesse campo pressupõem a saúde como um produto social. A partir disso as políticas públicas “visam intervir positivamente sobre os fatores de diversas ordens (biológicos, ambientais e comportamentais) que, por interação, propiciam maiores ou menores níveis de saúde ou bem-estar, num processo dinâmico” (Giovanela, Lobato, Carvalho, Conill, & Cunha, 2002, p. 45).

A promoção de saúde está relacionada às políticas públicas voltadas para a melhoria na qualidade de vida das pessoas, enquanto a proteção da *saúde* envolve a redução ou eliminação de fatores de risco para a saúde da população. Já a recuperação relaciona-se a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar. Apesar da orientação para a promoção e proteção da saúde, a recuperação (curativa e reabilitadora) tem grande

importância nas políticas de saúde do SUS, devido às necessidades mais complexas de saúde da população. Sem contar com a importância de integração da assistência em uma rede que cumpra o seu papel na efetivação dos princípios doutrinários do SUS, levando-se em conta a qualidade de vida da população.

O hospital é exemplo do nível de atenção terciário. Este nível pressupõe que a doença já está instalada e o foco volta-se ao tratamento para recuperar a saúde, diminuir o sofrimento e aliviar as seqüelas das doenças (Giovannella, Lobato, Carvalho, Conill, & Cunha, 2002). A maternidade, apesar de por muito tempo ter permanecido no ambiente domiciliar, comumente nos dias de hoje está presente no Hospital, como Clínica Obstétrica e Neonatal. Todo o ciclo gravídico puerperal era vivenciado em casa pela família e/ou contava também com o auxílio de uma parteira, no acompanhamento da gestante e momento do parto. No entanto, no início do século, foram criados os berçários e o processo de nascimento foi deslocado para o hospital, e os bebês passaram a ficar longe de seus pais durante a internação devido à crença de que seriam transmissores de infecções para o recém-nascido (Klaus & Kennel, 1992). A figura principal desse momento passou a ser o médico e a mulher passou a adotar, em geral, uma postura mais passiva do que anteriormente assumia, medicalizando assim a parturição.

Tendo em vista que a atenção à saúde obstétrica e neonatal está inserida no contexto de saúde pública e coletiva, todas as intervenções a ela direcionadas, inclusive a psicológica, devem seguir os princípios e diretrizes do SUS, de modo a oferecer um modelo de cuidado comprometido em garantir o direito à saúde e atender as necessidades específicas de cada caso, sempre pautando o serviço em conceitos como o de integralidade e humanização.

Humanizar é assumir uma postura ética de respeito àquele, que é muito mais do que apenas um usuário do serviço de saúde, é também um cidadão digno de respeito e atenção à sua singularidade. Humanizar é acolher o outro, favorecendo sua autonomia e responsabilidade pela sua saúde (Fortes, 2004). Esse princípio está descrito em detalhes na Política Nacional de Humanização (PNH), existente desde 2003 e desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de efetivar os princípios do SUS, nas práticas de atenção e gestão da saúde. Essa política detalha as diretrizes específicas por pontos de atenção. Dentre os parâmetros de adesão à PNH, no âmbito da atenção hospitalar, estão: garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social; mecanismos de recepção com

acolhimento aos usuários e de escuta para a população; garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência, etc (Brasil, 2004).

Nesse sentido, Mattos (2004, p. 1.414) defende que as práticas de saúde apresentam:

Um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos?

A psicologia, o hospital e a maternidade

Moré, Crepaldi, Gonçalves e Menezes (2009) afirmam que na década de 50 inicia a psicologia hospitalar no Brasil. A denominação desta área do conhecimento, até então, estava diretamente relacionada ao seu local de atuação, pois nesse momento a prática ainda não era diferenciada do modelo clínico tradicional (Chiattonne & Sebastiani, 1997, Gianotti, 1989 *apud* Traverso-Yépez, 2001). A mudança de olhar para esse fazer ocorreu mais tarde, a partir do conceito de clínica ampliada, em que o foco de atenção à saúde passa a incluir dados do contexto do paciente e com isso, ele vai além da sua queixa e a clínica vai além dos espaços convencionais (Moré & Macedo, 2006). A clínica deixa de ser exclusiva da doença e passa a ser do sujeito e além de produzir saúde, passa a se preocupar também em ampliar o grau de autonomia do usuário (Campos & Amaral, 2007). Este conceito está relacionado a um compromisso ético com o sujeito singular, à responsabilidade dos profissionais pelo usuário do serviço de saúde e à busca de conhecimentos em outros setores de atenção à saúde, além de equilibrar o combate à doença com a produção de vida (Brasil, 2004).

A definição dessa especialidade clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) está presente na Resolução nº 13 de 2007, a qual consolida, dentre outros aspectos, que o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar “atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde” (p.21). Este profissional desenvolve diferentes atividades de acordo com a demanda e com sua formação específica, como por exemplo: atendimento ao paciente e seus

familiares/acompanhantes, na modalidade, individual ou grupal e avaliação psicológica diagnóstica. Seu trabalho deve ser, preferencialmente, em equipe interdisciplinar e objetiva especialmente a promoção e/ou a recuperação da saúde, e suas intervenções são voltadas para o processo do adoecer e hospitalização, assim como para as diferentes relações interpessoais existentes nesse contexto.

Considera-se a instituição hospitalar um sistema aberto, na medida em que está em constante troca com outros sistemas externos a ele, constituídos por um conjunto de subsistemas também abertos, que possuem peculiaridades de significados e que, em seu conjunto, conformam o contexto hospitalar” (Moré, Crepaldi, Gonçalves & Menezes, 2009).

A maternidade é um desses subsistemas do hospital. Ela realiza troca com outros sistemas externos a ela como, por exemplo, as Unidades Locais de Saúde (ULS), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Conselho Tutelar, entre outros. E se constitui de subsistemas, dentre os quais estão o paciente e a família e/ou rede significativa de apoio e equipe de saúde (Moré *et al*, 2009). Outras possibilidades de subsistemas da maternidade são: o Alojamento Conjunto, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, Centro Obstétrico, o Serviço de Psicologia, o Serviço Social. Considerando a perspectiva sistêmica, é importante que exista integração entre esses sistemas e subsistemas para que se mantenha uma continuidade no atendimento, no que diz respeito às informações e intervenções realizadas.

O hospital possui características que interferem diretamente na realização do trabalho do psicólogo. A doença traz consigo uma série de mudanças na vida da família que a vivencia, o que usualmente a coloca numa condição de fragilidade não somente física como também emocional. O ambiente hospitalar implica em uma série de restrições e mudança na rotina, em questões como procedimentos médicos, medicação, alimentação, vestuário, lazer, etc (Crepaldi, 1999). Essas mudanças exigem do psicólogo uma flexibilidade na sua forma de intervir, pois os horários e o local disponível variam de acordo com a rotina hospitalar. Nem sempre é possível realizar o atendimento em um local reservado, que preserve o sigilo e favoreça a expressão dos sentimentos do paciente/familiar/acompanhante. De acordo com Simonetti (2004, p.157) “o local de atendimento é onde o paciente está”. O mesmo autor ressalta que o psicólogo não pode ter nesse

contexto uma postura passiva e esperar em sua sala até que o paciente o procure. Deve estar pelo hospital disponível tanto para os pacientes, quanto para a equipe para atendê-los sempre que julgar necessário.

Em decorrência da intervenção de diferentes áreas do conhecimento, existe a necessidade de comunicação e contato direto com muitos profissionais diferentes, o que requer do psicólogo uma habilidade para trabalhar em equipe (Gorayeb & Guerrelhas, 2003). Mas só habilidade não basta, é importante também que este profissional esteja disponível e interessado por esta troca de saberes, além de ter propriedade a respeito do que faz e posicionamento frente à equipe a fim de discutir e argumentar com esta a respeito da sua prática a partir de conceitos teóricos.

Nas instituições de saúde, a população com a qual o psicólogo se depara é muito diferente daquela que procura atendimento na clínica privada, no que diz respeito à renda, procedência, expectativas. Além disso, de acordo com Dimenstein (2000, p. 107) “o psicólogo se vê diante de problemas que escapam ao domínio específico da clínica, referentes às condições de vida da população, as quais têm implicação nos problemas trazidos” para o referido contexto. A duração e a frequência dos atendimentos são bastante variáveis. Dependem tanto do período de internação, quanto do intervalo entre os procedimentos e da rotina hospitalar (Simonetti, 2004).

As Clínicas Obstétrica e Neonatal, por sua vez, possui peculiaridades que impactam o fazer do psicólogo nesse contexto. É comum associar este espaço físico do hospital à idéia de um ambiente onde a vida inicia e a morte não está presente. No entanto, o processo gravídico puerperal é imprevisível e, por isso, suscetível a intercorrências de diferentes tipos, como: doenças gestacionais, abortos, nascimentos pré-termo, más formações fetais, etc. Situações como estas são capazes de desencadear crises e desconfortos para a mulher e sua família, muitas vezes reativos e adaptativos às mudanças ocorridas, e exigem que o psicólogo articule diferentes saberes para lidar com estas situações. Dentre esses saberes, estão: os relacionados aos aspectos psicológicos e biológicos específicos do ciclo gravídico puerperal; mudanças do ciclo de vida familiar; rede de apoio familiar e social; políticas públicas e serviços de assistência à saúde. Além dos conhecimentos de psicologia da saúde, do desenvolvimento, da gravidez, do pensamento sistêmico e de psicoterapias breves.

Aspectos psicológicos do ciclo gravídico puerperal

Como já foi mencionado anteriormente, o ciclo gravídico puerperal é um processo psicofisiológico e que, por isso, merece atenção psicológica na rede de assistência à saúde. Maldonado (1985), que é referência nesta área, afirma que a gravidez é uma das três fases de desenvolvimento da personalidade da mulher, juntamente com a adolescência e o climatério. Estas fases se caracterizam por um momento de transição biológica que acarreta em um estado de desequilíbrio temporário. Este processo ocorre ao longo da gravidez, parto e puerpério, devido às mudanças relacionadas ao papel social, mudança de identidade e a necessidade de adaptações e reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos. A crise decorrente desse desequilíbrio faz parte do processo típico do desenvolvimento.

As principais características emocionais envolvidas no ciclo gravídico puerperal variam ao longo dos três trimestres gestacionais, e serão descritas a seguir, considerando a interação de diferentes fatores, como: a história pessoal da gestante e sua família, o contexto existencial e as características de evolução da gravidez, assim como seu contexto sócio-econômico e assistencial (Tedesco, 1999).

A ambivalência afetiva é um fenômeno natural que inicia logo após a descoberta da gravidez e perdura todo o ciclo gravídico puerperal. Intercalam-se os momentos de querer e não querer a gravidez, já que esta situação implica grandes mudanças, e conseqüentemente envolve ganhos e perdas. A regressão materna também é comum e fundamental por propiciar a mulher condições para identificar-se com o bebê e exercer os cuidados necessários (Bertoletti, 2007).

A ansiedade é, segundo Tedesco (1999, p.269), um dos componentes emocionais característicos de todo o ciclo gravídico puerperal e se caracteriza por “insatisfação, inquietude, insegurança, incerteza, por medo da experiência desconhecida”. Outras manifestações bastante comuns neste período são: a hipersonia, náuseas e vômitos, aumento do apetite, oscilações de humor, hipersensibilidade, introversão (Bertoletti, 2007). Estas modificações também podem ser sentidas pelo homem, em diferentes graus, e expressam a participação e envolvimento dele na gravidez da mulher. Este processo recebe o nome de síndrome de *Couvade* e é marcado por uma variedade de reações de ansiedade (Maldonado, 1985).

O puerpério é descrito por Kitzinger (1977 apud Maldonado, 1985) como o quarto trimestre da gravidez, onde a mulher fica mais sensível, confusa e a ansiedade e depressão reativa é bastante comum. Neste momento ocorre o luto do bebê idealizado e o reconhecimento do bebê real e, conseqüentemente, a formação ou fortalecimento do vínculo afetivo com ele. O novo pai pode aproximar-se e ajudar nos cuidados e na interação com o bebê e a mãe, assim como pode sentir-se rejeitado e afastar-se deles (Trucharte e Kniknik, 1995).

A labilidade emocional é bem presente na primeira semana após o parto e é conhecida como “*baby blues*” um distúrbio transitório de humor, caracterizado por oscilação de sentimentos de euforia e depressão e que, na maioria das vezes, tende a se estabilizar com o tempo sem necessitar de atenção psicológica especializada. Segundo Brum e Schermann (2006) acomete de 50 a 80% das novas mães. Caso os sintomas depressivos permaneçam frequentes e intensos por mais de três semanas é importante realizar uma avaliação psicológica para verificar a possibilidade de ter-se desencadeado uma depressão pós-parto ou psicose puerperal (Brum & Schermann, 2006, Trucharte & Kniknik, 1995, Maldonado, 1985).

Método de trabalho do Serviço de Psicologia na Maternidade do HU-UFSC

No organograma deste hospital não existe um setor específico denominado ‘Maternidade’, e sim diferentes unidades de internação, a saber: Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal. No entanto, neste texto será utilizado o termo ‘Maternidade’ para definir a ambiente físico correspondente ao conjunto destas unidades. O Serviço de Psicologia conta com a atuação de uma psicóloga e duas estagiárias curriculares do Curso de Psicologia. Os referenciais teóricos utilizados para fundamentar esta prática são aqueles do pensamento sistêmico, da psicoterapia breve, da psicologia da saúde, da gravidez e da teoria bioecológica do desenvolvimento humano.

Moré *et al* (2009, p.468) afirma que

A partir do reconhecimento de que as ações em saúde, independentemente do nível em que elas aconteçam, precisam ser contextualizadas e olhadas na perspectiva da integralidade, exigem-se novas metodologias de abordagem para se poder contemplar a articulação entre os componentes da saúde na sua concepção ampliada, as questões sociais e o meio ambiente”.

O pensamento sistêmico contribui nesse aspecto ao retirar o foco exclusivo do indivíduo e direcioná-lo para os sistemas humanos de interação, sem negar os fenômenos intrapsíquicos, mas buscando sua compreensão a partir das relações interpessoais (Boing, Crepaldi & Moré, 2009). A intervenção sistêmica, portanto, vai além do paciente e da queixa que o leva ao hospital, pois considera seu contexto de relações com a família e rede de apoio, com a equipe, além do contexto hospitalar em si e do sistema ampliado de saúde. Todos esses aspectos ampliam a compreensão da demanda e as possibilidades de atuação do psicólogo nesse contexto (Moré *et al*, 2009).

O pensamento integrador, outro pressuposto da epistemologia sistêmica, impede a rotulação de uma pessoa de acordo com uma ou outra característica que possui e permite a integração entre essas características de acordo com seu contexto relacional, sem que as diferenças sejam desconsideradas (Vasconcelos, 2002). A pessoa passa a ser compreendida no seu contexto e seus sintomas são considerados como consequência da sua relação com os outros sistemas a que pertence (Moré *et al*, 2009).

Uma teoria sistêmica que auxilia a compreensão do momento que a família vivencia ao engravidar é a referente ao ciclo de vida familiar. O nascimento de um filho pode ser definido como um evento nodal no ciclo de vida da família. Carter e McGoldrick (1995) definem acontecimentos nodais como àqueles onde os eventos são capazes de alterar o equilíbrio, criando instabilidade no funcionamento familiar. Segundo Alarcão (2006), essa instabilidade decorrente da gravidez e entrada de um novo membro na família pode ser denominada como crise natural, por ser esperada e previsível e estar associada a uma etapa do ciclo vital familiar. Portanto, de acordo com essa teoria, a entrada de um novo membro na família modifica a dinâmica familiar, pois exige que seus membros reformulem e reorganizem seus antigos papéis, assim como suas regras de funcionamento (Alarcão, 2006).

A reorganização da família deve acontecer em todos os subsistemas, pois além do subsistema conjugal e parental, com a chegada de um segundo filho, por exemplo, passa a existir também o subsistema fraternal. Este é, segundo Pereira e Picinini (2007), um momento em que os membros do casal devem renegociar o espaço de cada um e o espaço compartilhado por ambos na relação. “A frequência e a qualidade afetiva das interações e o estilo disciplinar dos pais são alguns aspectos afetados nessa transição que podem mediar a reação do primogênito ao nascimento do irmão” (Pereira & Picinini, 2007, p.391). Além disso, Alarcão (2006, p.149) afirma que “não se

consegue ser pai e mãe da mesma forma com diferentes filhos”. Os irmãos do recém-nascido podem apresentar comportamentos que expressam sintomas regressivos do desenvolvimento como: enurese, desejo de voltar a tomar mamadeira ou utilizar chupeta, solicitar mais atenção e cuidados (Trucharte & Kniknik, 1995).

A psicoterapia breve de Fiorini (1987) também contribui à prática do psicólogo nesse contexto. O terapeuta deve desempenhar um papel ativo e para isto, o autor propõe uma ampla gama de intervenções, e dentre as mais utilizadas pelo referido Serviço estão: interrogar o paciente; proporcionar-lhe informação; clarificar seu relato; recapitular os pontos essenciais; assinalar relações entre os dados; sugerir mudanças a título de experiência. O termo breve não está diretamente relacionado ao tempo cronológico do processo e sim ao conceito de foco, “no sentido de delimitar um eixo ou ponto nodal da problemática do paciente”, e manter a concentração seletiva, do psicólogo e do paciente, neste ponto específico, sem desconsiderar a estrutura totalizada da situação em sua amplitude (Fiorini, 1987, p.90-2).

No caso do atendimento psicológico na maternidade, o foco é comumente relacionado ao motivo da internação e ao processo de adoecimento e hospitalização, no caso de internações por intercorrências do período gravídico puerperal, assim como os sentimentos desencadeados. A dinâmica familiar e as adaptações reativas às mudanças advindas da situação de gravidez, parto ou puerpério também podem ser o foco do atendimento. A frequência e duração dos atendimentos não são fixos, pois depende diretamente do motivo e período de internação. Neste sentido, torna-se importante fazer cada atendimento com início, meio e fim.

A Psicologia da Saúde contribui ao refletir o processo saúde e doença de forma ampliada e as possibilidades de atuação do psicólogo no contexto de atenção à saúde e de forma integrada às políticas públicas. A Psicologia da Gravidez evidencia os aspectos psicológicos envolvidos nos períodos de gravidez, parto e puerpério. A Psicologia do Desenvolvimento, por sua vez, contribui com subsídios para esta prática profissional por tratar de aspectos como o desenvolvimento psicológico e emocional dos bebês e o estabelecimento do vínculo e apego entre mãe/família e bebê. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner é uma teoria sistêmica que valoriza a relação entre os processos psicológicos e as multideterminações ambientais, sem desconsiderar a relevância dos fatores biológicos. A análise do microsistema, mesossistema, exossistema e, macrosistema

apontam para a diversidade que caracteriza o homem e facilitam a compreensão do paciente em sua rede de relações com os outros sistemas (Boing & Crepaldi, 2010; Martins & Junior, 2001, Bronfenbrenner, 1996).

Estratégias de intervenção

O Conselho Federal de Psicologia defende que o trabalho do psicólogo hospitalar deve ser realizado, preferencialmente, em caráter interdisciplinar, o que vai ao encontro das características de atuação propostas pelo SUS, já que a interdisciplinaridade é uma diretriz que está diretamente relacionada ao princípio da integralidade, pois se faz necessário que diferentes segmentos profissionais trabalhem juntos para garantir a atenção integral à saúde.

A atuação do psicólogo na Maternidade não ocorre de forma isolada, uma vez que um dos princípios norteadores de sua filosofia é o da interdisciplinariedade. O trabalho é realizado em conjunto com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, dentre outros. Os profissionais desta equipe multiprofissional interdisciplinar trabalham juntos, não apenas por estarem no mesmo ambiente e sim, porque tem o objetivo de superar as fronteiras disciplinares e integrar seus conhecimentos de forma que cada um amplie seus referenciais específicos e desenvolvam uma ação conjunta e colaborativa com os outros membros da equipe. Bruscato, Kitayama, Fregonese & David (2004) definem esta atuação como interdependente, complementar e coordenada. Para que um trabalho assim possa ser realizado faz-se necessário combinar núcleo e campo, ou seja, o conjunto de saberes e responsabilidades específicas de cada profissão e aqueles que são comuns e confluentes a várias especialidades, respectivamente (Campos, 1997, Loch-Neckel, Seemann, Eidt, Rabuske & Crepaldi, 2009). O núcleo demarcaria a identidade profissional e disciplinar sem romper com o campo, que seria “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000 *apud* Campos, 2000, p. 220). Dessa forma, núcleo e campo tornam-se interdependentes, influenciando-se mutuamente.

O compartilhamento de saberes e integração nas atividades não se resume aos membros da equipe, pois conta também com a participação dos usuários do serviço de saúde. Deve existir um comprometimento de cada profissional desta equipe em unir no projeto terapêutico, tanto os aspectos

“evocados por ele com base em seus conhecimentos, quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de suas expectativas, de seus temores e de seus desejos” (Mattos, 2004, p.1415).

O paciente precisa ser encarado como um sujeito territorializado, ou seja, vinculado ao seu contexto social. As possibilidades de intervenção em cada caso, nesse sentido, não se esgotam no ambiente hospitalar. Muitas vezes é preciso fazer contatos com outras instituições que tenham mais condições para dar conta do problema e fazer os encaminhamentos necessários para que a atenção à saúde seja integral e continuada. O Serviço de Psicologia segue a diretriz da intersetorialidade ao realizar contatos com os diferentes níveis de atenção à saúde (ULS, CAPS, Hospital Psiquiátrico, etc) e com outras instituições (Conselho Tutelar, Ongs, Clínicas sociais, Creches, etc). Esta forma de trabalho é importante para garantir ao usuário “o acesso aos diversos níveis de atenção e tecnologia da rede dos serviços, articulando prevenção e assistência em qualquer um desses níveis” (Beheregaray & Gerhardt, 2010, p.202). É possível utilizar os conceitos de campo e núcleo de competência como interdependentes e complementares também no aspecto referente à intersetorialidade, já que existem saberes e responsabilidades que são compartilhados por todas estas instituições que estão de alguma forma ligadas à saúde pública e aqueles que são específicos de cada instituição.

Atividades realizadas

As atividades realizadas pelo Serviço de Psicologia, portanto, se diferenciam em atividades mais amplas, características do campo da saúde e comum a todos os profissionais que trabalham na Maternidade, e outras atividades que pertencem ao núcleo de atuação específico da área de conhecimento da psicologia. Todos os atendimentos são precedidos da apresentação do psicólogo e do Serviço de Psicologia, assim como da apresentação sucinta do objetivo do atendimento. A pessoa, assim como sua família e/ou acompanhantes têm liberdade para aceitar ou recusar o atendimento. O psicólogo apresenta durante os atendimentos uma postura ativa, acolhedora e humanizada, que é comum a todos os profissionais que trabalham na Maternidade. O núcleo de atuação corresponde ao oferecimento de escuta especializada e apoio psicológico às pacientes internadas e seus acompanhantes, além de proporcionar espaço para expressão de seus sentimentos e elaboração das ansiedades decorrentes da situação que estão vivenciando e do período de internação.

Os atendimentos psicológicos são realizados nas modalidades individual, grupal ou familiar e acontecem na beira do leito ou em ambiente reservado, quando existe a possibilidade do usuário e/ou sua família e/ou rede de apoio se deslocarem até o local.

Quando o processo de nascimento corre como o planejado

São realizadas, em equipe interdisciplinar, duas modalidades de encontros de gestantes, ambos abertos à comunidade e com o foco principal na promoção e educação em saúde, são eles: o Grupo de Gestantes e Casais Grávidos e o Encontro de Gestantes do Terceiro Trimestre. O trabalho com grupos é uma tarefa prevista no SUS e, por isso, faz parte do campo de competência, ao passo que cada profissional contribui com o seu núcleo de competência. O Grupo de Gestantes e Casais Grávidos é destinado, preferencialmente, às gestantes que estão no 1º e 2º trimestre da gravidez e tem como objetivo contribuir para que os participantes vivenciem o ciclo gravídico puerperal de forma mais consciente e tranquila e possam expressar seus sentimentos e trocar experiências. Para tanto, são oferecidas pelas coordenadoras atividades de conscientização corporal, informações sobre este ciclo a partir das necessidades de cada grupo e uma visita ao espaço físico da Maternidade. Este grupo também conta com a participação de profissionais da enfermagem, medicina e nutrição, além do psicólogo.

O Encontro de Gestantes do Terceiro Trimestre e Acompanhantes destina-se às gestantes que estejam no 7º, 8º e 9º mês de gestação e tem como objetivos o esclarecimento de dúvidas quanto ao momento final da gravidez, parto e pós-parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido e a visita à maternidade (Triagem, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto). Esse encontro é organizado e coordenado conjuntamente por um profissional da área de Enfermagem e um profissional da área da Psicologia.

Quando a gravidez segue sem intercorrências, a gestante só vai à Maternidade no momento em que entra em trabalho de parto. Durante o trabalho de parto, o acompanhamento psicológico ocorre nas dependências do Centro Obstétrico com o objetivo dar apoio emocional à parturiente e seu acompanhante, ao longo do trabalho de parto, favorecendo a postura ativa da mulher, estimulando a busca por posições mais confortáveis, transmitindo segurança, facilitando a comunicação entre parturiente e acompanhante e a equipe médica e de enfermagem.

O atendimento às puérperas internadas no Alojamento Conjunto e seus acompanhantes ocorre com o objetivo de facilitar a formação ou o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe, recém-nascido e família; proporcionar à família um atendimento em equipe interdisciplinar numa perspectiva de atenção integral à saúde; intervir nos casos de conflito conjugal e/ou familiar, incentivar a amamentação e realizar uma preparação para a alta pensando nos cuidados com o bebê e no impacto que a sua chegada terá na dinâmica familiar.

Quando existem intercorrências

Como mencionado anteriormente, a gravidez é um processo imprevisível e suscetível à intercorrências de diferentes ordens e em diferentes momentos do ciclo gravídico puerperal. Para que a atenção à saúde seja realizada seguindo o princípio da integralidade faz-se necessária a atuação do psicólogo nestes casos.

É comum que as famílias que sofrem qualquer tipo de intercorrência durante a gravidez estejam fragilizadas no momento da internação. Afinal, como mencionado, as mudanças são desencadeadoras de crises, ou seja, de desequilíbrios na organização familiar e podem favorecer a instabilidade emocional da mulher e de sua família.

Durante a gravidez muitos eventos podem ocorrer fora do planejado e necessitar de internação hospitalar como, por exemplo, *diabetes mellitus* gestacional (DMG); doença hipertensiva específica da gestação (DHEG); retardo do crescimento intrauterino (RCIU); infecção do trato urinário (ITU); ruptura prematura de membranas; trabalho de parto prematuro, dentre outras.

Os atendimentos nestes casos objetivam acolher e auxiliar as gestantes internadas e seus acompanhantes no sentido de favorecer o processo de enfrentamento da situação de adoecimento e hospitalização; preparar as pacientes para os procedimentos médico-hospitalares; preparar a gestante para o nascimento prematuro ou para o nascimento de bebês mal formados e/ou sindrômicos. Além disso, é possível que a gestante chegue à Maternidade em aborto espontâneo ou provocado (peso do feto inferior a 500 gramas), feto morto (peso do feto superior a 500 gramas) ou com o objetivo de interromper a gestação por risco de morte da gestante, má formação fetal incompatível com a vida ou violência sexual.

Nestes casos que envolvem a perda do bebê intra-útero, quando a paciente é hospitalizada antes de realizar o procedimento de curetagem (em caso de aborto), ou quando é necessário realizar a indução do trabalho de parto para a expulsão do feto, é realizado um atendimento com o objetivo de prestar esclarecimentos e preparar a paciente para os procedimentos que enfrentará a seguir. Além disso, procura-se favorecer a expressão de sentimentos comumente desencadeados pelo processo de perda e luto. No momento da curetagem ou expulsão do feto, a participação do psicólogo visa oferecer apoio emocional, diminuir o nível de ansiedade desencadeado pela situação de constatação da perda fetal e, com isso, facilitar a realização do procedimento e o seu enfrentamento. Após este momento, a paciente fica internada no Alojamento Conjunto e o objetivo do atendimento muda mais uma vez, pois agora se faz necessário auxiliar a mulher e sua família na elaboração do luto refletindo-se, ainda, sobre a volta para casa sem a 'barriga' e sem o bebê.

Na ocasião de nascimentos prematuros, síndrômicos ou com algum outro diagnóstico neonatal que necessite atenção clínica especializada, o recém-nascido é internado na UTI Neonatal. A inserção do psicólogo neste setor segue as normas da Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, que é um modelo de assistência neonatal cujos fundamentos básicos são norteados pelo respeito à subjetividade e a capacidade neurológica do bebê, estímulo ao aleitamento materno e o acolhimento de sua família.

A atuação do psicólogo neste método tem o objetivo de facilitar o vínculo afetivo entre a família e o recém-nascido; incentivar o contato e a comunicação verbal entre a família e o bebê, a fim de preservar a história pré-natal deste; estimular a observação da equipe às respostas comportamentais do bebê visando o seu conforto e estabilidade clínica; incentivar a amamentação; mediar a comunicação entre a equipe e a família; acompanhar os pais/familiares ao longo da internação do bebê; preparar os pais para a alta ou, no caso de morte iminente ou real, facilitar a elaboração do luto e expressão dos sentimentos. São realizados ainda na Unidade Neonatal, grupos semanais com as mães/pais dos bebês internados, que contam com a participação de profissionais da psicologia, serviço social e enfermagem e se caracterizam por um momento de acolhimento, apoio e compartilhamento de experiências entre os participantes. São realizados, também semanalmente, grupos de arte educação coordenados por uma servidora vinculada ao serviço de psicologia.

Quando a família do bebê não pode estar presente, em caso de óbito materno ou quando o bebê foi deixado para adoção pode ser realizada a maternagem com os bebês. Esta intervenção visa suprir a carência de cuidados maternos e/ou familiares por meio de afeto, acolhimento, cantigas, estímulos táteis e visuais, contato pele-a-pele, cuidados de alimentação e higiene, além do uso da palavra. Esta última visa explicar ao bebê o que está acontecendo com ele a fim de que este se situe no ambiente e na sua história pessoal, propiciando a criação de um registro integral de sua história. A Maternagem se configura como uma ação de promoção à saúde do bebê e, preferencialmente, deve ser mantida até a passagem gradual dos cuidados para os cuidadores definitivos (familiares ou pais adotivos) (Böing & Crepaldi, 2004).

Considerações Finais

O ciclo gravídico puerperal é um processo que implica inúmeras mudanças na vida da mulher e na sua dinâmica familiar. O impacto com que estas mudanças são sentidas depende de diferentes fatores como o histórico pessoal e familiar, contexto econômico e social e o desenvolvimento da gravidez, parto e pós-parto. As intercorrências ao longo deste ciclo fragilizam a mulher e sua família e/ou rede de apoio.

Os conhecimentos e a prática profissional ligados ao campo da saúde são muito amplos e a atuação do psicólogo neste contexto é importante para a construção da integralidade de atenção à saúde proposta pelo SUS. De acordo com este princípio, a pessoa precisa ser compreendida em uma perspectiva global, a qual inclui não apenas os aspectos biológicos e sociais, como também os psicológicos e emocionais, muito presentes ao longo da gravidez, parto e puerpério, além dos outros aspectos considerados no conceito ampliado de saúde como a renda, educação, trabalho, moradia, etc.

A inserção do psicólogo no contexto da saúde pública obstétrica e neonatal não pode ocorrer de forma isolada e desarticulada dos princípios e diretrizes do SUS. É importante que o trabalho seja realizado de forma humanizada, interdisciplinar, intersetorial, comprometido com o atendimento à saúde que seja integral, universal e com equidade. De acordo com o princípio da equidade, as pessoas que estão mais fragilizadas necessitam de prioridade no atendimento. O Serviço de Psicologia do HU/UFSC atua de acordo com este princípio. Neste sentido, muitas vezes o foco de atuação do psicólogo no referido contexto está em ações curativas, de recuperação

da saúde e de prevenção de agravos, pois estas são as que demandam maior urgência na atenção psicológica por se tratarem de situações onde o paciente e a família estão debilitados e fragilizados emocionalmente. Por outro lado, na Maternidade pode-se promover a saúde da família quando esta é de fato o foco maior da intervenção, sendo incluída na maioria das atividades realizadas com a mãe e o bebê. Ou seja, não se pode perder de vista que no contexto do ciclo gravídico puerperal é uma família, seja ela de que configuração for que está em transformação.

A prática profissional deve ser guiada, então, pelos conceitos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Quando o ciclo gravídico puerperal segue seu curso normativo, os atendimentos têm o foco predominante na promoção e proteção da saúde, no entanto, não se descartam as possibilidades de que, nesse momento, sejam detectados problemas de diferentes origens e, conseqüentemente, exija a necessidade da equipe de saúde agir conjuntamente para melhor atender ao usuário. Cabe ao psicólogo ocupar-se, em seu núcleo de atuação, dos aspectos emocionais de forma a prevenir agravos futuros do desenvolvimento psicológico. Independente da abordagem teórica utilizada pelo psicólogo é importante que vá ao encontro da integralidade de atenção à saúde e ao paciente, pois este deve ser compreendido dentro do seu contexto social e de relações.

Referências

ALARCÃO, M. **Desequilíbrios familiares** 3a ed. Coimbra: Quarteto, 2006.

BEHEREGARY, L. R. & Gerhardt, T. E. **A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência.** *Saúde e Sociedade* [online], 19, 201-212. 2010. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: Jun 2011.

BERTOLETTI, F. F. **Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal.** In Bertolotti, F. F., 2007.

BRASIL, Ministério da saúde. **Humaniza SUS: a clínica ampliada.** Brasília, DF, 2004. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf> Acesso em Jun 2011.

_____. **ABC do SUS.** Brasília, DF, 1990. Disponível em <http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf> Acesso em Junho de 2011.

_____. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizausus_2004.pdf> Acesso em Jun 2011.

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], 29, n.4, 813-845, 1990 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400013&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. Acesso em: Jun 2011.

_____. **O Psicólogo na atenção básica**: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], 30, n.3, 634-649., 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>> Acesso em: Jun 2011.

_____. **Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção**. Estudos em Psicologia (Campinas), 21(3), 211-226, 2004.

BRONFENBRENNER, U. (1996). **A Ecologia do Desenvolvimento Humano**: Experimentos Naturais e Planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRUM, E. H. M. & Schermann, L. **O impacto da depressão materna nas interações iniciais**. **Psico**, 37, n.2, 151-158, 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1429/1122>> Acesso em: Jun 2011.

BRUSCATO, W. L., Kitayama, M. M. G., Fregonese, A. A. & David, J. H. (2004). **O trabalho em equipe multiprofissional na saúde**. In Bruscato, W. L., Benedetti, C., Lopes, S. R. A. (Orgs.). A prática da psicologia hospitalar na santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história (pp.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CAMPOS, G.. W. S. (2000). **Saúde pública e saúde coletiva**: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], 5, n.2, 219-230., 2000. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em Jun 2011.

_____. **Subjetividade e administração de pessoal:** considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: E. E. Merhy; R. Onocko (Orgs.). *Agir em equipes de saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, p. 229-265, 1997.

_____, A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e saúde coletiva* [online], 12, n.4, 849-859, 2007. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em Junho de 2011.

CARTER, B. & McGoldrick, M. (1995). **As mudanças no ciclo de vida familiar:** uma estrutura para a terapia familiar (2a ed.). Porto Alegre: Art-med, 1995.

CONIL, E. M. (2002). **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias:** discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 18, 191-202, 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em Jun 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA INFANTIL. **Institui a consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro.** Resolução n. 013, de 14 de Setembro de 2007. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.sbph.org.br/uploads/link/resolucao2007_13.pdf> Acesso em Jun 2011.

CREPALDI, M. A. (1999). **Hospitalização na Infância:** representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubate: Cabral Editores.

DIMENSTEIN, M. **A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista:** implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. (2000). *Estudos em Psicologia (Natal)* [online], .5, n.1, 95-121. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1.pdf>> Acesso em Jun 2011.

FIORINI, H. J. (1987). **Teoria e técnica de psicoterapias** (7a ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.

FORTES, P. A. C. (2004) Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saude e Sociedade* [online], 13, n.3, 30-35, 2004. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em Jun 2011.

GIOVANELLA, L., Lobato, L. V. C., Carvalho, A. I., Conill, E. M., Cunha, E. M. (2002). **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação.** *Saúde em Debate*, 26, n.60, 37-61, 2002. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n60.pdf#page=40> Acesso em: Jun 2011.

GORAYEB, R. & Guerrelhas, F. **Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos.** *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* [online], 5, n.1, 11-19, 2003 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452003000100003&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: Jun 2011.

HARTZ, Z. M. A. & Contandriopoulos, A.P. (2004). **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”.** *Cadernos de Saúde Pública* [online], 20, 2, 331-336, 2004. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: Jun de 2011.

KLAUS, M. H. & Kennell, J. H. (1992) **Pais/bebê: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LEI nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 (1990). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF, 1990

LOCH-Neckel, G., Seemann, G., Eidt, H. B., Rabuske, M. M. & Crepaldi, M. A. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família.** *Ciência e Saúde Coletiva* [online],14, 1463-1472, 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em Jun 2011.

MALDONADO, M. T. P. (1985). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério.* Petrópolis: Vozes.

_____, M. T. (1989). **Maternidade e Paternidade**. Vol. I e II. Petrópolis: Vozes.

MARTINS, D. G. & Júnior, A. R. (2001). **Psicologia da Saúde e o Novo Paradigma: Novo Paradigma?** *Psicologia, - Teoria e Prática*, 3, 1, 35-42, 2001. Disponível em: <<http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/viewFile/1098/810>>. Acesso em Jun 2011.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cadernos de Saúde Pública*[online], 20, n.5, 1411-1416, 2004. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em Jun 2011.

MORON, A. F., Filho, J. B., Nakamura, M. U., Santana, R. M. & Mattar, R. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar** (pp.21-31). Barueri, SP: Manole.

MORE, C. L. O. O; Crepaldi, M. A.; Gonçalves, J. R. & Menezes, M. **Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar**. *Psicologia em Estudo* [online], 14, n.3, 465-473, 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: Jun 2011.

_____, & Macedo, R. M. S. (2006). **A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

PEREIRA, C. R. R. & Piccinini, C. A. (2007). **O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar**. *Estudos em psicologia (Campinas)* [online], 24, n.3, 385-395, 2007. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: Jun 2011.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TEDESCO, J. J. A. **O mundo emocional da grávida**. In Tedesco, J. J. A. *A grávida, suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo: Atheneu.

TRAVERSO-Yepe, M. **A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios**. *Psicologia em Estudo* [online], 6, n.2, 49-56, 2001. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em Jun 2011.

TRUCHARTE, F. A. R. & Knijnik, R. B. (1995). **Estudos Psicológicos do puerpério**. In Trucharte, F. A. R., Knijnik, R. B., Sebastiani, R. W. & Ange-

rami-Camon, V. A (Orgs.). Psicologia hospitalar: teoria e prática (2a ed.). São Paulo: Pioneira, 1995.

VASCONCELOS, M. J. E. (2002). **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. (7a ed.). Campinas, SP: Papirus.



DISTÚRBIOS PSICOSSOMÁTICOS E A RELAÇÃO MÃE E BEBÊ intervenção psicológica em enfermaria pediátrica

*Viviane Vieira,
Claudete Marcon,
Lecila Duarte Barbosa Oliveira*

Este capítulo tem como objetivo discutir os distúrbios psicossomáticos em crianças, nas fases iniciais do desenvolvimento, momento em que o foco de compreensão e atuação psicológica precisa incluir o entendimento da dinâmica familiar e da relação mãe e bebê. Discute-se a importância da relação primária mãe-bebê no processo de crescimento e adoecimento, da função do sintoma na dinâmica familiar, além da importância da visão multidimensional do adoecimento. Outros aspectos abordados referem-se às angústias e dificuldades, tanto da perspectiva do paciente e sua família, quanto da perspectiva dos profissionais da saúde, no manejo dessas situações, bem como as possibilidades e os desafios da intervenção psicológica.

Foi utilizado como recurso mobilizador para as reflexões e articulações teóricas e práticas da atuação psicológica, o relato de um caso atendido num serviço de atenção terciária, por uma acadêmica de Psicologia, em estágio curricular. Foram atendidos uma mãe de 38 anos e seu filho de nove meses, internado na ala pediátrica e diagnosticado com Diarreia Benigna da Infância, distúrbio com dimensões psicossomáticas

A compreensão do processo de crescer e adoecer

A compreensão do processo de adoecer passou por várias modificações durante a história. Desde os humores de Hipócrates (460a.C. – 370 a.C.), as paixões de Galeno (129 - 199) e as possessões demoníacas na Idade Média, o adoecimento foi compreendido de diversas formas (Capitão e Carvalho, 2006; Castro, Andrade e Muller, 2006).

O termo psicossomático foi utilizado pela primeira vez em 1908, sendo que a noção predominante até recentemente era de como os aspectos emocionais influenciavam sobre a determinação das doenças orgânicas, visão essa que revela ainda a forte divisão biomédica de corpo e mente. O entendimento mais atual acerca da psicossomática direciona-se à compreensão dos processos de saúde e doença como biopsicossociais, ou seja, aspectos biológicos, psicológicos e sociais estão sempre em mútua relação, integrando essas dimensões para uma compreensão e ação terapêutica mais abrangente e significativa (Capitão e Carvalho, 2006; Ferreira, Muller e Jorge, 2006; Speroni, 2006).

Em algumas doenças, o sintoma psicossomático é mais reconhecido e investigado na literatura. Nesse sentido, algumas doenças são identificadas como “distúrbios psicossomáticos”, pelo reconhecido impacto das questões emocionais na apresentação dos sintomas (distúrbios dermatológicos, gastrointestinais, cancerígenos...). Nelas, o sintoma é normalmente compreendido de forma simbólica, como uma linguagem do corpo comunicando e representando o que não pode se revelar de outra maneira.

No caso das doenças infantis e psicossomáticas, somente após os anos de 1960 foi compreendido que mesmo infantes muito jovens podem sofrer distúrbios psicológicos e beneficiar-se de terapias. Desde o início, foi preconizada a importância de o tratamento ser direcionado às relações entre os pais e as crianças, com o comprometimento desses cuidadores em tratar-se conjuntamente com seus filhos (Cramer, 1999).

Estudiosos como Spitz (1991) e Bowlby (1990) investigaram como as relações iniciais da mãe com o bebê são essenciais para que este perceba e interprete seu corpo, suas relações e o ambiente no qual vive. O primeiro autor relata que as relações ruins, ou psicotóxicas, em que a personalidade da mãe gera relações insatisfatórias da mesma com seu bebê, promovem distúrbios específicos na criança. As relações psicotóxicas relatadas por Spitz (1991) são: rejeição primária manifesta, superpermissividade ansiosa

primária, hostilidade disfarçada em ansiedade, oscilação entre mimo e hostilidade, oscilação cíclica de humor da mãe e hostilidade conscientemente compensada. Da mesma forma, Bowlby (1990), investigando as relações primárias entre mãe e a criança, relata que um apego seguro (em que a mãe proporciona um ambiente que gera segurança e satisfação para a criança) está intimamente relacionado com o desenvolvimento saudável do indivíduo.

Na mesma linha, Winnicott (2000) refere que o bom desenvolvimento da criança está relacionado à boa interação entre mãe (ou cuidador) e seu bebê. Isso inclui que a mãe possa interpretar os sinais da criança, identificar-se com seu bebê e adaptar-se às necessidades do mesmo. Essa comunicação é essencialmente não verbal e exige uma percepção e envolvimento profundo da mãe com seu bebê.

Ainda com relação aos bebês, estes são indivíduos com a maturação psíquica pouco elaborada. A somatização torna-se uma forma de expressão frequente, se não única (Capitão e Carvalho, 2006; Oliveira, Rosa, Bonatto & Oliveira, 2006). Com a diferenciação desenvolvimental e a necessidade de separação da mãe, o bebê começa a elaborar sua representação de corpo e mundo distintos de sua mãe. A função materna nesse momento é contribuir com esse movimento e não impor obstáculos efetivos nesse processo, pois pode gerar problemas psicossomáticos no decorrer do desenvolvimento.

Além dessas relações iniciais, a dinâmica familiar também interfere na determinação do adoecimento. As características interacionais de determinadas famílias (modelo familiar), no contexto de vulnerabilidade fisiológica, podem levar ao desenvolvimento de uma patologia psicossomática (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman, & Todd, 1975). Alguns autores indicam variáveis específicas da dinâmica familiar que estão presentes nos transtornos psicossomáticos: famílias com dificuldades de privacidade e comunicação, superproteção, rigidez na adaptação e conflitos maritais (Ferreira et al., 2006; Lisboa e Féres-Carneiro, 2008; Viana, Barbosa e Guimarães, 2007).

As crianças têm sensibilidade de perceber o estresse familiar, sendo que este aparece na forma de sintomas que simbolizam e transmitem uma mensagem à família. Em famílias com dificuldades na comunicação, o filho sintomático torna-se o canal de interação entre o casal, passando ao sintoma a função de proteção do sistema familiar. Nesses casos, todos os outros problemas são ignorados pelo sistema e o foco torna-se a criança doente (Ferreira et al., 2006; Minuchin et al., 1975).

Apesar da literatura extensa sobre a psicossomática nos âmbitos nacionais e internacionais, o modelo biomédico (arcabouço teórico-prático reducionista e biologicista do processo saúde/doença) ainda reflete uma compreensão limitada dos fenômenos, o que dificulta a compreensão dos distúrbios psicossomáticos (Guedes, Nogueira e Camargo Jr., 2006; Kroenke, 2002). Essas características são incompatíveis e conflitantes nesses distúrbios em que a etiologia orgânica ou fisiológica não é explícita, podendo gerar desconfiança e desvalorização da equipe de saúde face o paciente. Além disso, a comunicação de um diagnóstico psicossomático pode ser ofensivo para o próprio paciente ou sua família, estes imaginando que o médico não valorizou suas percepções, não lhe deu atenção ou está considerando-o louco.

No tratamento integral à saúde é necessário contextualizar a doença, considerar o relato que o paciente traz dela e utilizar os conhecimentos específicos de cada área do conhecimento para o bem estar do paciente. Os profissionais da saúde que se deparam com distúrbios psicossomáticos têm o dever e a necessidade de superar o modelo biomédico com a compreensão de que todas as doenças, independentemente das nomeações, envolvem sempre a subjetividade humana (Kroenke, 2002; Guedes, et al., 2006). Para que a superação inicie, é necessário que ocorram pesquisas empíricas e relatos de experiências de profissionais que convivem rotineiramente com casos de doenças em que, claramente, evidencia-se a interface de aspectos psíquicos e somáticos. Espera-se que, gradativamente, esse entendimento seja estendido a todos os processos de adoecimento, numa perspectiva de atendimento integral.

Como a proposta deste capítulo é instrumentalizar os profissionais da área da saúde, principalmente os psicólogos, optou-se pelo relato de um caso, com apresentação das demandas dos envolvidos e intervenções psicológicas realizadas por uma estagiária de psicologia, com supervisão e acompanhamento de duas psicólogas supervisoras.

Este capítulo pretende retratar as dificuldades que os casos de adoecimento físico com forte envolvimento de questões emocionais encontram na perspectiva da atenção com ênfase biomédica, além daquelas percebidas/sentidas pelos doentes e suas famílias em situações de diagnóstico de transtornos psicossomáticos. O caso enfatiza os aspectos psicológicos, a dinâmica familiar, além das dificuldades que a equipe de saúde enfrenta no manejo desses casos.

Caso clínico

O caso apresentado é de uma criança, Carlos¹³, do sexo masculino, com nove meses de idade, no momento da internação. A criança permaneceu por 13 dias na ala pediátrica de um hospital escola. A família morava em uma região próxima ao hospital, em casa própria, de alvenaria, com tratamento de água e esgoto. Durante o tempo de internação a família foi acompanhada pelo serviço de psicologia presente na enfermaria pediátrica.

Carlos foi acompanhado durante a internação pela mãe, Maria, de 38 anos. Esta era professora do ensino fundamental, casada há seis anos com Joel de 55 anos, desempregado há mais de um ano. Em nenhum momento Maria saiu do hospital, permanecendo pouco tempo distante da criança (somente nos momentos de sua higiene pessoal e alimentação).

A queixa da internação era diarreia persistente há mais de três meses, com intensidade maior no último mês, porém a criança apresentava peso e desenvolvimento adequado para a idade. Maria relata que por várias vezes tentou internar Carlos, porém a criança se apresentava clinicamente bem e “ninguém dava bola pra diarreia dele” (sic).

Inicialmente, os atendimentos psicológicos priorizaram conhecer a família, sua dinâmica e rotinas. Contudo, Maria dificilmente fornecia as informações necessárias, negando-se a comentar sobre a gravidez ou sobre sua relação com Joel. Apresentava hostilidade constante, tanto com outros membros da equipe de saúde como com outros acompanhantes do quarto. Sua precisão de detalhes ocorria nos momentos que relatava o adoecimento de Carlos, contando minuciosamente cada ida ao médico, cada recaída que a criança tinha e o quanto já havia sofrido com a criança “andando por todos os hospitais e postos de saúde que podia” (sic).

Em função da versão materna relativa ao estado doente do infante não ser compatível com as impressões da equipe médica, foi solicitado uma avaliação psicológica para investigar Síndrome de Munchausen por Procuração, que foi descartada após investigação. Essa síndrome é caracterizada como uma forma de abuso contra a criança, em que um dos pais (comumente a mãe), sistematicamente, simula ou intencionalmente provoca a doença de seu filho (Fagundes, Logullo e Santos, 2000). Maria não foi informada das suspeitas.

¹³ Todos os nomes são fictícios para proteger a identidade dos participantes.

Nos atendimentos seguintes, Maria relatou diversas vezes desconfiança com a equipe de saúde, alegava não haver nenhuma melhora na criança e reclamava não ser informada de nenhum diagnóstico. A mãe dizia que os médicos não se importavam com seu filho, pois insistiam em dizer que a criança não tinha nada e era muito saudável. Os exames realizados naquele momento buscavam investigar intolerâncias, alergias ou mesmo impossibilidade de digerir alguma substância encontrada nos alimentos. Sua dieta foi constantemente modificada, sem sucesso. Maria mostrava intensa preocupação com seu filho, inclusive com uma percepção distorcida acerca de seu estado, relatando que a criança estava sempre abatida, apesar de Carlos permanecer sorridente e brincando, durante todo o período.

Quando Maria era questionada sobre aspectos pessoais com mais detalhes, insistia em não responder, alegando não querer conversar ou que estava muito cansada. Somente após a persistência da estagiária com relação à importância desses aspectos, Maria relatou problemas sérios em seu relacionamento marital, referindo que estes eram decorrentes do desemprego de Joel que não trabalhava há mais de um ano, sendo que não se esforçava para conseguir outro emprego. A mãe alegava que ela sustentava a casa financeiramente, além de arcar com todos os afazeres relacionados aos cuidados com limpeza e arrumação.

As poucas informações trazidas por Maria sobre a gravidez e parto foram que apresentou problemas de saúde durante a gestação, como diabetes gestacional, pressão alta, pré-eclampsia e inchaços frequentes. Chegou a ser cogitado, segundo Maria, que Carlos estivesse morto, pouco antes do momento do parto, pois sua obstetra não estava identificando os batimentos cardíacos do bebê, no útero. A gravidez não foi planejada e Maria negou-se a responder se desejou Carlos.

O pai visitava Carlos a cada dois dias e foi possível à estagiária conversar com ele uma vez. Este relatou que, para ele o menino estava saudável e não entendia a preocupação de sua esposa. Segundo ele, Maria “sempre exagera” e “é preocupada demais com a criança” (sic). Aspectos da qualidade do relacionamento marital não puderam ser questionados, pois o atendimento foi de curta duração e foi interrompido por Maria.

Buscando investigar a rede de apoio, Maria foi questionada se Joel ou outro familiar poderia substituí-la no acompanhamento da criança, para ajudá-la na internação. Maria relatou que o pai não sabe cuidar direito da criança e que apenas ela sabe como tratar do filho. Seus outros familiares

moravam longe e, no momento, eles também vivenciavam o adoecimento de outro familiar. Observando Joel com Carlos foi possível constatar que seus cuidados parentais eram adequados, o pai realizava desde brincadeiras até cuidados de higiene. Maria sempre estava presente durante esses momentos de cuidado. No final da internação, Joel passou a visitar o filho todos os dias, permanecendo também por mais tempo.

Durante os atendimentos, frequentemente a criança permanecia no colo da mãe, que a continha fisicamente, limitando suas possibilidades de movimentação. A criança protestava nesses momentos, só se acalmava quando era colocada no berço com algum brinquedo. Essas irritações apresentadas pela criança eram justificadas pela mãe como decorrente da doença.

Nos últimos dias da internação a criança foi diagnosticada com Diarreia Crônica Benigna da Infância. Este acometimento é conceituado como uma doença em que a criança permanece com diarreia por um tempo indeterminado, porém, encerra-se ainda na primeira infância, sem comprometimentos graves ao seu desenvolvimento. A etiologia fisiológica dessa doença é trazida pelos especialistas como não elucidada (Davidson e Wasserman, 1966; Kleinman, 2005). Seu aspecto psicossomático também já é discutido por alguns autores (Kumar, Pfeffer, & Wingate, 1990; Schulte, Petermann & Noeker, 2010). Esse diagnóstico foi comunicado à Maria, que referiu não acreditar ser esse o caso do Carlos, pois a criança – para a mãe – tinha acometimentos graves, como ter ganhado pouco peso (500 gramas) nos últimos meses e estar sempre “caidinho”.

Maria permaneceu hostil com a equipe médica e insatisfeita com a “falta de diagnóstico”, pois o termo Diarreia Crônica Benigna da Infância, segundo sua percepção, não fazia sentido e desqualificava os sintomas da criança. Houve dificuldades em dialogar com a mãe sobre possíveis aspectos psicológicos envolvidos na doença, pois esta continuava afirmando que a criança não havia sido bem investigada. Contudo, variáveis psicológicas que interferiam nos sintomas da criança foram trabalhadas e serão discutidas posteriormente.

Reflexões da intervenção e as implicações do modelo biomédico em saúde

Na perspectiva dos aspectos psicológicos da doença de Carlos, é importante ressaltar a relação entre Maria e seu filho e a dinâmica familiar. Sobre a relação de Maria com Carlos, pode-se compreender que há um excesso de

cuidados e preocupação maternos e dificuldades de perceber as reais necessidades da criança. Essa relação de superproteção ficou clara durante os atendimentos a Maria, que dificilmente saía de perto da criança ou deixava pegarem-na no colo. Além disso, apresentava um relato minucioso de cada expressão emocional de Carlos ou sintomatologia que a criança apresentava, mesmo quando essas eram adequadas e esperadas para o momento do desenvolvimento infantil.

Spitz (1991) destaca que uma das relações psicotóxicas seria a superpermissividade ansiosa primária, em que a mãe é extremamente ansiosa e superprotetora nos cuidados com seu filho. O distúrbio associado a esse tipo de relação é a cólica dos três meses, com envolvimento da diarreia. Esse tipo de relação psicotóxica normalmente se encerra já nos meses iniciais de vida, quando a criança se envolve em outras relações sociais e a mãe cansa do excesso de preocupação. Entretanto, o autor relata que é possível ocorrer regressões a esse período, inclusive quando adultos.

A ausência de uma identificação das reais necessidades da criança dificulta que a mãe possa oferecer-lhe um ambiente mais saudável e seguro, com consequências imediatas (como a própria somatização), mas também com implicações futuras, podendo comprometer o desenvolvimento mental saudável do indivíduo (Bowlby, 1990; McDougall, 1996; Winnicott, 2000). Assim, intervenções nessa relação precoce são necessárias tanto na perspectiva curativa como, especialmente, na perspectiva preventiva.

Nesse sentido, a intervenção psicológica foi direcionada a acolher Maria nos momentos de tensão cujo objetivo era de tranquilizá-la com relação aos cuidados com a criança e diminuir seu excesso de preocupação. Foi também pontuado à mãe o que poderia significar algumas das reações de Carlos, como choro e irritação, ajudando a mãe a ressignificar os protestos da criança e descobrir as reais necessidades de seu bebê. Suas ações não eram desvalorizadas, porém algumas pontuações corretivas foram necessárias e as orientações, especialmente com relação ao brincar, sem necessidade de contenção física, foram bem recebidas por Maria.

Com relação à dinâmica familiar, as características que a família de Carlos apresentava eram muito próximas do modelo da família psicossomática como: excesso de cuidado com seu filho, levando a uma exacerbação das fragilidades da criança e uma adaptabilidade rígida, com resistência a qualquer mudança, gerando ainda mais estresse para utilizar os mecanismos de adaptabilidade. Essa dificuldade permeava todas

as relações familiares, especialmente no relacionamento marital, em que havia conflitos, sem que o casal estivesse dispondo de estratégias para enfrentá-los. Carlos era envolvido nesse conflito, com a mãe, frequentemente, interpondo-se nos cuidados paternos. A doença da criança parecia funcionar como sintoma da família, ou seja, a diarreia de Carlos tinha uma função de manutenção da homeostase do sistema familiar, valorização dos cuidados maternos e afastamento dos conflitos a serem resolvidos. Assim, o casal não necessitaria confrontar questões de seu relacionamento conjugal e dificuldades providas do nascimento da criança, como a volta ao trabalho da mãe e o movimento de individualização e diferenciação da criança.

A partir disso, a intervenção do serviço de psicologia foi estimular a participação paternal nos cuidados, pontuando que a ausência de Joel era sentida por Carlos e pontuando que a criança ficava extremamente alegre com sua presença. O objetivo era que o pai se ocupasse mais da criança, pois ele geralmente é o elemento mais isolado nos momentos iniciais da relação, enquanto à mãe, geralmente a pessoa mais envolvida com o doente, é atribuída a tarefa de instruir o marido de modo a melhorar as competências deste para lidar com a doença. Desse modo, buscava-se também focalizar a atenção e o envolvimento da mãe nesta tarefa para ajudá-la a distanciar-se um pouco do filho (Viana et al., 2007).

Apesar de haver uma nomeação da doença, fica claro que o diagnóstico de Diarreia Crônica Inespecífica na Infância não ‘satisfez’ a busca de Maria na causa do adoecimento de seu filho, inclusive por sua dificuldade em lidar com suas questões pessoais e relacionais. Contribuiu com essa insatisfação a ausência de alteração no tratamento, sendo explicitado à mãe apenas que esta doença encerra-se naturalmente com o tempo. Prognósticos assim são vistos pelo paciente e sua família como desvalorização dos sintomas, parecendo que não houve investigação ou empenho suficiente para “descobrir” a origem orgânica do sintoma, uma vez que as questões orgânicas, para eles, são as únicas possíveis de causar alterações na saúde.

A intervenção psicológica nesse caso foi envolta de dificuldades, pois a psicologia fazia parte da equipe de saúde e era compreendida por Maria como mais um serviço que não acreditava no adoecimento da criança. Diversas tentativas de esclarecimento sobre as múltiplas facetas do adoecimento foram realizadas, com pouca receptividade da mãe. Trazer a compreensão multidimensional dos processos de saúde e doença é essencial para que todos os profissionais da saúde, inclusive a população, possam superar a prática biomédica em saúde.

Outro aspecto que também está diretamente relacionado à possibilidade de mudança no modelo de atenção à saúde é a comunicação e integração entre os profissionais. A comunicação multidisciplinar, nesse caso, foi estabelecida com alguns profissionais da enfermagem, da medicina e do serviço social, entretanto foi considerada ainda pouco eficiente, especialmente pela falta de preparo da equipe em trabalhar numa perspectiva interdisciplinar. É necessário – especialmente no contexto hospitalar – que os diversos profissionais, das várias áreas de conhecimento interajam para que todos os aspectos do processo de adoecimento possam ser trabalhados com o paciente e sua família, e que as intervenções possam ser coerentes entre os diversos serviços. Um trabalho integrado da equipe não só beneficia o paciente, como também auxilia nas trocas de conhecimento entre os vários profissionais, tornando-se um momento de aperfeiçoamento dos fazeres e de enriquecimento teórico (Speroni, 2006).

Das mudanças percebidas, especialmente devido ao curto período de atendimento e permanência na Unidade, pode-se citar que o pai passou a frequentar mais o ambiente hospitalar, Maria apresentou maior disponibilidade em receber brinquedos para o filho e sua relação com a estagiária de psicologia melhorou, relatando com mais facilidade os sentimentos com relação ao seu casamento e gravidez.

O seguimento psicoterápico era indicado nesse caso, pois diversas dificuldades maternas, além de características da relação mãe e bebê estavam envolvidas no distúrbio apresentado pela criança, além de suas implicações em seu desenvolvimento. Apesar de importante a intervenção psicológica breve nos momentos de internação hospitalar, a continuidade do atendimento é essencial para que as reflexões e mudanças sejam mais efetivas e elaboradas por toda a família. Porém, quando sugerido encaminhamento para o atendimento psicológico pós-alta, Maria não se mostrou disponível, dizendo que não tinha interesse, pois estava centrada no adoecimento de Carlos.

É importante relatar que as intervenções realizadas neste caso foram acompanhadas de diversas dificuldades, devido tanto à resistência da mãe como a fatores específicos do atendimento hospitalar. O trabalho do psicólogo nestes contextos é repleto de desafios, pois o atendimento muitas vezes não é uma demanda do paciente ou de sua família, podendo gerar assim uma falta de envolvimento e comprometimento com o tratamento, o que impede uma intervenção mais efetiva (Penna, 1992). Aprender a lidar com estas variáveis, ainda é um exercício que exige muita habilidade do psicólogo e de toda a equipe de saúde.

Outro ponto importante é valorizar os aspectos psicológicos e sociais envolvidos no processo de saúde e doença, seja com o paciente e sua família, seja com a equipe de saúde, pois as práticas ainda demonstram estarem distantes da teoria multidimensional do adoecimento. Porém, é necessária a divulgação de experiências e práticas para que haja a superação do modelo biomédico e vislumbre-se uma nova prática pautada no modelo biopsicossocial.

Distúrbios psicossomáticos no momento inicial do desenvolvimento são essencialmente ligados à relação mãe e bebê. Essas interações primárias são essenciais para o desenvolvimento posterior da criança e, atuar nesse momento, constitui-se numa ação essencialmente preventiva que deve ser estudada e observada pelos psicólogos e por todos os profissionais de saúde, independente do nível de complexidade do serviço em que atuam.

Referências

BOWLBY, **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

CAPITÃO, C.G., & Carvalho, E.B. (2006). **Psicossomática**: duas abordagens do mesmo problema. *Psic*, 7(2), 21-29, 2006.

CASTRO, M.G., Andrade, T.M.R., & Muller, M.C. **Conceito mente e corpo através da história**. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 39-43, 2006.

CRAMER, B. **A técnica das terapias breves pais/crianças pequenas**. In: Guedeney, A., & Davidson, M., & Wasserman, R. (1966). The irritable colon of childhood (chronicnonspecific diarrhea syndrome). *The Journal of Pediatrics*, 69(6), 1027-1038.

FAGUNDES, L.F., Logullo, J., & Santos, A.A.C. **Síndrome de Munchausen by Proxy**: descrição de um caso. *Pediatria (São Paulo)*, 22(1), 78-81, 2000.

FERREIRA, V.R.T., Muller, M.C., & Jorge, H.Z. **Dinâmica das relações em família com um membro portador de dermatite atópica**: um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 11(3), 617-625, 2006.

GUEDES, C.R., Nogueira, M.I., & Camargo Jr., K.R. **A subjetividade como anomalia**: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4), 2006.

KLEINMAN, R.E. (2005). **Cronic Nonspecific Diarrhea of Childhood**. In: Hernell, O., & Schmitz, J. Feeding during late infancy and early childhood: impact on health. Suiça: Karge, 2005.

KROENKE, K. Psychological medicine: Integrating psychological care into general medical practice. *BMJ*, 324, 2002.

KUMAR, D., Pfeffer, J., & Wingate, D.L. **Role of psychological factors in the irritable bowel syndrome**, *Digestion*, 45(2), 80-87, 1990.

LISBOA, A.V., & Féres-Carneiro, T. **Até que a doença nos separe?** A conjugalidade e o adoecer somático. *Psico*, 38(1), 83-90, 2008.

MCDUGALL, J. **Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MINUCHIN, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L., & Todd, C. (1975). **A conceptual model of psychosomatic illness in children**. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038, 1975.

OLIVEIRA, C.B., Rosa, C.R., Bonatto, T., & Oliveiro, N.M. **O câncer como manifestação do não mibolizado**. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9(1), 15-29, 2006.

PENNA, T.L.M. **Psicoterapias breves em hospitais gerais**. Em: Mello Filho, J. (org) *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SCHULTE, I.E., Petermann, F., & Noeker, M. Functional Abdominal Pain in Childhood: From Etiology to Maladaption. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 73-86, 2010.

SPERONI, A.V. **O lugar da psicologia no hospital geral**. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9(2), 83-97, 2006.

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VIANA V., Barbosa, M.C., & Guimarães, J. **Doença crônica na infância: factores familiares e qualidade de vida**. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 117-127, 2007.

WINNICOTT, D.W. (2000). **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago.

SOBRE OS AUTORES

Alana de Siqueira Branis Nunes - Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Experiência em Psicologia Escolar na área de Educação em saúde, colaboradora da Pesquisa PET - Saúde da Família. Bolsista do LECSSO -Laboratório de estudos em educação, comunidades e semiótica social. alanabranis@gmail.com

Alessandra Ballestero Fukoshima Zendron - Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Participação do projeto de extensão “Brinquedoteca Hospitalar - Projeto de Recreação em Enfermaria Pediátrica” (HU - USFC). Experiência de estágio em Psicologia Clínica no Hospital Universitário (UFSC), respectivamente, nos setores de Pediatria e Clínicas Médicas (ênfase em atendimentos psicológicos aos pacientes onco-hematológicos e familiares). Experiência de estágio em Psicologia da Educação na Creche São Francisco de Assis. alessandrazendron@hotmail.com

Alessandra Zaguini - Pós-Graduada em Terapia Cognitiva Comportamental pelo ICTC (2011), Mestre em Administração (UFSC, 2002), Pós-Graduada em Gestão de Pessoas (UFSC, 2000), Graduada em Psicologia (UFSC, 1995). Psicóloga do NASF na SMS da Prefeitura de Florianópolis/SC, atuou como preceptora do PET-Saúde do Ministério da Saúde em parceria com o Curso de Psicologia da UFSC (2010). alezaguini@gmail.com

Bárbara Saur – Graduanda da Universidade Federal de Santa Catarina. Participação como bolsista do PET – Saúde da Família, bem como em outro projeto de extensão também vinculado aos Centros de Saúde de Florianópolis. barbara.saur@gmail.com

Caio Ragazzi Pauli Simão – Psicólogo graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina. Experiência de estágio em Saúde Coletiva como voluntário e bolsista do PET-Saúde da Família. Tem experiência e interesse nas áreas de Psicologia da Educação, com ênfase em Educação Popular e Educação e Saúde, e de Psicologia Clínica Analítico-Comportamental. Militante do Centro Acadêmico Livre de Psicologia (UFSC). caiorpsi@gmail.com

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré - Profa. do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia. Atuou como Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Supervisora de Estágios na Atenção Básica junto ao Programa Pro-saúde. carmen.more@ufsc.br

Cibeli Larissa Vieira – Psicóloga pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006), com especialização em Saúde Pública pela mesma universidade (2009) e formação em Psicoterapia Psicanalítica na Infância e Adolescência pelo Centro de Estudos Psicodinâmicos (CEPSC, em andamento). É psicóloga da Prefeitura Municipal de Florianópolis, atuando de 2008 a março de 2012 num dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município. Estando, atualmente, lotada no Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) . cibeli.psi@gmail.com

Claudete Marcon - Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em Psicologia Hospitalar pelo CRP, com mestrado em Psicologia pela UFSC, na área da Saúde. Atua como psicóloga no Hospital Universitário/UFSC, junto à equipe do Serviço de Onco-Hematologia. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase nas áreas da Saúde e Hospitalar, atuando principalmente com psico-oncologia. É supervisora de estágio para alunos de graduação em Psicologia e preceptora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde HU-UFSC. marcon_claudete@hotmail.com

Daniela Ribeiro Schneider - Psicóloga, mestre em educação, doutora em psicologia clínica, professora do Departamento de Psicologia da UFSC. Supervisora Clínico Institucional de CAPSad. Tutora do PET Saúde Mental 2011. Autora do livro *Sartre e a Psicologia Clínica* (EDUFSC, 2011) e de vários artigos nas áreas de saúde mental, drogadição e psicologia existencialista. daniela.schneider@ufsc.br

Daniela Sevegnani Mayorca - Estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde 2008. Diretora do DCE (UFSC) e membro do Centro Acadêmico Livre de Psicologia (CALPSI) desde 2010. Bolsista de Iniciação Científica/CNPQ. Compõe grupos de discussão sobre Saúde Pública, Educação, Psicanálise, Movimentos Sociais e América Latina. daniseveg@gmail.com

Elisangela Böing – CRP 12/04190 – Psicóloga (UFSC), Mestre em Psicologia (UFSC), Especialista em Saúde da Família/ Modalidade Residência (UFSC) e Especialista em Terapia Relacional Sistêmica (Familiare Instituto Sistêmico), doutorado em Psicologia em andamento (UFSC). Atualmente é psicóloga da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia da Família, Psicologia da Saúde e Saúde Coletiva. zanziboing@yahoo.com.br

Eliza Gonçalves de Azevedo – Psicóloga (UFSC), especializanda em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência de estágio e/ou extensão na área de Psicologia da Saúde, com ênfase na Atenção Primária e Terciária em Saúde, e Psicologia Grupal. lizaga14@hotmail.com

Hannah Theis - Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência em Voluntariado Internacional, Clínica Psicanalítica com crianças e adultos, Saúde Pública como bolsista do PET-Saúde da Família, e Psicologia e Educação, por meio de projetos comunitários e de experiência com educação à distância enfatizando a prevenção ao uso indevido de drogas. hannah.theis@gmail.com

João Fillipe Horr - Psicólogo, graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina. Estagiou no CAPSad de Florianópolis no período de 2010 e 2011. jf.horr@gmail.com

Joselma Tavares Frutuoso – Bacharel e Formação em Psicologia, Mestre em Psicologia Experimental, Doutora em Engenharia de Produção e Especialista em Psicologia Clínica. Professora do Departamento de Psicologia/UFSC, nas áreas de Psicologia Clínica, Saúde, Desenvolvimento e Aprendizagem. Participou do PET Saúde da Família e desenvolve projetos de extensão/pesquisa relacionados com atenção básica e saúde. frutuoso@cfh.ufsc.br

Lecila Barbosa Duarte Oliveira - Possui graduação em Psicologia, mestrado em Neurociências e doutorado em Engenharia. Atualmente é professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente e orientadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Associado a Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde. Tem experiência na área de Psicologia da saúde, desenvolvimento, aprendizagem e educação. lecila@cfh.ufsc.br

Luana Maria Rotolo - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. As áreas de interesse são Saúde Coletiva e Educação em Saúde. Possui experiência de estágio curricular e projeto de extensão na Atenção Básica do SUS e também em uma Escola Pública de Ensino Fundamental. Atualmente é residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco. luanazeppelin@gmail.com

Lucienne Martins Borges - Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Psicologia (Université du Québec à Trois-Rivières - Canadá). Coordenadora do Projeto de Extensão Atendimento Psicológico em Situações de Violência Conjugal. lucienne.borges@ufsc.br

Magda do Canto Zurba – Psicóloga (UFSC); Mestre em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS); Doutora em Educação (UFSC). Atualmente é professora e pesquisadora no Departamento de Psicologia da UFSC, Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia, docente e orientadora do Mestrado Profissionalizante em Saúde Mental da UFSC, membro da Comissão Técnica de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis e tutora do PET-Saúde da Família. contato@magdazurba.com.br

Margarida Filomena - Ex-Estagiária do Serviço de Psicologia da Maternidade do HU. Psicóloga graduada em Psicologia pela UFSC em 2011.

Maria Aparecida Crepaldi – CRP 12/02266 – Psicóloga (USP), Mestre em Psicologia Clínica (PUC-RJ) e Doutora em Saúde Mental pela UNICAMP. Fez pós-doutorado em psicologia da família pela Universidade do Québec em Montréal (UQÀM-Canadá) Atualmente é professora do Departamento

de Psicologia-UFSC. É docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia-UFSC. Tem experiência na área de psicologia, com ênfase em psicologia da saúde, psicologia da família e terapia familiar. crepaldi@cfh.ufsc.br

Maria Emília Pereira Nunes – Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina, cursa pós-graduação em Gestalt-Terapia, além da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC, com ênfase na Atenção em Alta Complexidade. Teve experiência em Psicologia da Saúde, durante a graduação, através do estágio na Clínica Obstétrica e Neonatal do HU e pela participação no PET-Saúde da Família. mariaemiliapn@gmail.com

Mariana da Silva Livramento – Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Experiência de estágio em atendimento clínico, com participação no Projeto de Extensão “Atendimento Psicológico em Situações de Violência Conjugal” realizado no Serviço de Atenção Psicológica da mesma Universidade. marianalivramento@gmail.com

Moysés Martins Tosta Storti - Psicólogo graduado e especializando em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência de estágio e/ou extensão nas áreas de Psicologia da Saúde, Psicologia Escolar/Educacional e Educação em Saúde, com ênfase na Atenção Primária em Saúde e Psicologia Grupal. Atualmente é residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina atuando na rede de atenção à saúde do município de Londrina/PR. moysesmts@gmail.com

Viviane Hultmann Nieweglowski – Mestre em Psicologia / UFSC, Psicóloga da Prefeitura Municipal de Florianópolis - Caps ad, Preceptora do PET - Saúde Mental. viviane_hultmann@yahoo.com.br

Walter Ferreira de Oliveira - Médico (FEFIERJ/UniRio-1976), Mestrado em Public Health - MPH, University of Minnesota (1989) e Doctor of Philosophy (Ph.D.), Social and Philosophical Foundations of Education Program - University of Minnesota (1994). Atualmente professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC, Líder do

Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde / Saúde Mental (GPPS), parecerista de várias revistas científicas. Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental - Abrasme 2009-2010 e membro da atual Diretoria 2011-12. Editor científico da revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Membro do GT sobre Hospitais de Custódia da Procuradoria Federal de Direitos do Cidadão. Coordenador do GT em Desinstitucionalização do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina. Conselheiro de Saúde de Florianópolis, membro eleito da Câmara Técnica e membro da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis; Coordenador dos projetos de extensão Humanizarte e Terapeutas da Alegria - UFSC. walter.oliveira@ufsc.br

Zaira Aparecida de Oliveira Custódio – CRP 12/0592 – Psicóloga (UFSC), Doutora em Psicologia pela UFSC e atua como psicóloga do Hospital Universitário (HU) da UFSC, desde 1994 na Clínica Obstétrica e Neonatal. Membro da Comissão de Aleitamento Materno da Maternidade do HU e da Comissão de Assessoria a Maternidade do HU. Supervisora local dos estágios curriculares realizados por alunos do Curso de Psicologia da UFSC. Desde 2000 é consultora do Ministério da Saúde para a Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. zaira@hu.ufsc.br



