

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n1p50-62>

A prática profissional do psicólogo frente a atenção básica de saúde

The professional practice of the psychologist basic health care

Marcelo Gonçalves da Silva

Psicólogo, pós-graduando em Gestão Pública em Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD.

E-mail: celogsil@gmail.com

Resumo

Este estudo tem como objetivo discorrer sobre a atuação dos psicólogos na atenção básica de saúde, bem como compreender a dinâmica do Sistema Único de Saúde. Além de identificar a importância do psicólogo na atenção básica de saúde, iremos discorrer sobre a formação acadêmica em psicologia e suas limitações; bem como avaliar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos. Trata-se de um estudo bibliográfico, onde foi possível identificar as principais ações do Sistema Único de Saúde – SUS, além de resgatar o seu histórico de luta, em seguida foi descrito sobre a atuação do psicólogo junto a Política Nacional de Humanização bem como a formação e currículo da graduação em psicologia. Por fim, destacou-se a Atenção Básica de Saúde, seus conceitos e práticas, bem como a atuação do psicólogo.

Palavras-chave: Políticas em saúde; Psicologia da saúde; Atenção Básica.

Abstract

This study aims to discuss the performance of psychologists in basic health care, as well as to understand the dynamics of the Unified Health System. In addition to identifying the importance of the psychologist in basic health

Fabiano Rocha Mânica

Psicólogo Clínico, pós-graduando em Psicologia Organizacional e do Trabalho pela Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.

E-mail: fabianomanica@hotmail.com

care, we will discuss academic training in psychology and its limitations; As well as evaluate the activities developed by psychologists. It is a bibliographical study, where it was possible to identify the main actions of the Unified Health System - SUS, besides recovering its history of struggle, then it was described about the performance of the psychologist with the National Humanization Policy as well as the Training and undergraduate curriculum in psychology. Finally, it was highlighted the Basic Health Care, its concepts and practices, as well as the performance of the psychologist.

Key-words: Health policies; Health psychology; Primary care.

Introdução

Este estudo visa apresentar questões relativas à importância do trabalho dos profissionais da psicologia e quais as práticas do psicólogo são oportunas na Atenção Básica em Saúde. É importante destacar que, no Brasil, a Psicologia como ciência, tem mais um século, porém se encontra regulamentada como profissão há 52 anos. Sabe-se que a formação em Psicologia é muito abrangente, compreendendo desde as

mais distintas doutrinas as quais servirão de subsídio para a atuação profissional até as áreas em que pode atuar. O estudante, durante a formação, passará por diversas disciplinas e atividades, as quais lhe proporcionarão os referenciais e instrumentais para uma atuação adequada profissionalmente.

Entretanto, percebe-se que as novas áreas de abrangência do profissional da psicologia, nas comunidades e principalmente nas políticas públicas de saúde e assistência social, apresentam profissionais que, na maioria das vezes, não está preparado para lidar com a realidade e as demandas do público atendido. É relevante destacar que grande parte dos estudantes, ao procurar os cursos de psicologia, apresenta preferência pelas áreas tradicionais da psicologia (atuação clínica, educacional ou organizacional).

Em função dos novos cenários de atuação profissional, estudos como de Archanjo¹ são de extrema importância, porque vão além do entender o que os psicólogos fazem na UBS, e avaliam também tudo o que influencia a atuação deste profissional nesses espaços.

Archanjo¹ pondera que as teorias psicológicas estão relativizadas e abordadas de modo mais crítico, e que o profissional passou a operar mais ativamente, trabalhando de forma intersetorial e interinstitucional, fatores que são limitados nos consultórios.

Diante dessas constatações, este estudo tem por objetivo discorrer sobre a atuação dos psicólogos na atenção básica de saúde, bem como compreender a dinâmica do Sistema Único de Saúde. Além de identificar a importância do psicólogo na atenção básica de saúde; descrever sobre a formação acadêmica em psicologia e suas dificuldades e avaliar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos.

Na primeira sessão deste estudo discorreremos sobre as políticas públicas de saúde e também sobre psicologia e o Sistema Único de Saúde – SUS bem com o espaço para a atuação do

profissional psicólogo. Já na segunda sessão, discutimos sobre a inserção do psicólogo no SUS e suas práticas, em pôr fim sobre currículo de formação do Psicólogo para a atuação em saúde pública.

Métodos

O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica, o levantamento teórico inicialmente foi realizado com base no acervo da biblioteca do Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN, através de pesquisa livre em publicações de periódicos, livros-texto, artigos científicos e revistas e em seguida em base de dados da Internet nos sites: Pepsic, Scielo e Google Acadêmico. Este tipo de estudo permitiu aos pesquisadores entrar em contato com o que já foi publicado sobre o assunto oferecendo meios para uma melhor composição sobre o referencial teórico de como se dá a atuação do psicólogo frente ao Sistema Único de Saúde

Para a seleção dos materiais e o desenvolvimento deste estudo se utilizou termos como: Políticas Públicas de Saúde; Psicologia; Sistema Único de Saúde; Currículo para Atuação do Psicólogo; Psicologia e o Sistema Único de Saúde.

Políticas públicas de saúde

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assumiu como seus objetivos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária. Nesse contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com base nestes princípios constitucionais e regulamentado pelas leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990, para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. Foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS) exatamente por ter sido formulado para unificar todos os subsistemas

existentes até então, extinguindo a fragmentação institucional dentro da esfera federal e entre as diferentes esferas governamentais, separando o setor estatal do setor privado.²

Esse modelo de prestação de serviços de saúde, no Brasil, nasceu do movimento da Reforma Sanitária, fruto de um processo histórico aliado a outros movimentos sociais na luta contra a ditadura, em resistência à privatização da saúde e em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira. Nesse sentido, houve um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorizasse ações de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.³

Essa conquista do povo brasileiro, saúde como direito de todos e dever do Estado norteou a Constituição de 1988, a partir da qual se ampliou a concepção de saúde, fundamentando os princípios doutrinários e organizativos do SUS – universalidade, equidade e integralidade em um contexto de descentralização e controle social da gestão.²

Ao estabelecer esses princípios, o SUS rompeu com o velho sistema e fundou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para prover ações e serviços de saúde no país. Porém, o sistema ainda possui desafios importantes a serem superados: baixo orçamento nacional para a saúde; a heterogeneidade de gastos, prejudicando os Estados e municípios; o colhimento, que nem sempre é o mais adequado; a pouca valorização do trabalho em saúde; a não formação de vínculo entre usuários e equipes; o desrespeito aos direitos dos usuários; o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; a fragmentação das ações no processo de atenção à saúde, dentre outros.⁴

Para que aconteça a consolidação do SUS como política efetiva de universalização do direito à saúde, tornam-se necessários o aperfeiçoamento e o fortalecimento do processo de controle social, entendidos como

principais estratégias para a promoção da gestão participativa nas esferas de governo, na qual envolvimento popular abrange as práticas de fiscalização e de decisão nos processos deliberativos para a formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS.⁵

A Psicologia como prática na área da saúde, especificamente no âmbito público, é considerada um campo de novos desafios, tendo em vista ser recente a inserção dos psicólogos nas instituições de saúde pública. Inicialmente, esse novo campo, ainda em construção, se tratava apenas de uma derivação da experiência clínica, entretanto, percebeu-se a necessidade de contextualizar essa nova prática, ampliando esse conhecimento, e estruturando um novo modelo de atuação, intitulado de psicologia na atenção básica. As práticas de psicologia em saúde pública, e na atenção básica permaneceram bastante tempo em busca de uma identificação com o trabalho prático, e possível contribuição teórica. Tendo em vista, a tendência de restringir o trabalho prático/teórico aos consultórios e a algumas poucas instituições de saúde, hospitais, sendo diretamente subordinada a medicina psiquiátrica.⁶

A fim de discutir a recente inserção do psicólogo nesse novo campo de atuação, é imprescindível realizar um resgate histórico de sua incorporação profissional. A regulamentação do profissional de psicologia nos remete a um passado recente, somente no ano de 1956, foi implantado um curso de Formação em Psicologia na Universidade Católica do Rio de Janeiro, e no ano de 1957 em São Paulo. A sua existência consolidada se dá apenas em 1962 sob a Lei Federal de nº 4.119.^{7,8}

Após a sua regulamentação, o psicólogo passou a atuar, e adotar um Código de Ética profissional, tendo como principais áreas de trabalho a clínica, escolar, e a psicologia do trabalho. Por volta dos anos 70 e 80, ocorreram

alguns movimentos sociopolíticos no país, que almejavam o fim da ditadura militar, dentre esses movimentos, destacamos o Movimento Sanitarista, que buscava a reorganização dos modelos de saúde vigentes, através das mudanças das políticas e práticas em saúde, bem como na universalização do acesso em saúde. Em 1986, ocorrera a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que foram discutidas as novas propostas de assistência em saúde de base sanitaria, bem como a problematização do direito a saúde para todos, e de responsabilização do Estado, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).^{7,8}

Os movimentos sociais da década de 80, bem como as modificações nos cenários de saúde que passaram a demandar a presença da equipe multiprofissional, abriram margem para a consequente presença do profissional da psicologia na saúde pública, e posteriormente na atenção básica. Neste mesmo cenário, a psicologia, que anteriormente restringia o trabalho aos ambulatórios e hospitais em saúde mental, ganharam espaços nas unidades básicas de saúde, ampliando significativamente os campos de atuação do psicólogo. Tais eventos, assim como, a existência de concursos públicos para psicólogos, as pressões do mercado de trabalho, após a década de 80, levaram este profissional a perceber na atenção básica, um novo e frutífero campo de atuação.^{7,8}

Psicologia e o Sistema Único de Saúde – SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma nova formulação política e organizacional para as ações de saúde de caráter público em nosso país. Esse sistema, consolidado na década de 1990, visa a reordenação dos serviços de saúde, que abrangem desde a prevenção de doenças, vigilância sanitária e epidemiológica, proteção e recuperação de agravos, até ações mais abrangentes, como as de promoção da saúde (PS).

O SUS tem como princípios doutrinários: a universalidade, que implica o direito à saúde para todos os cidadãos; a integralidade, que pressupõe assistência integral e em seus aspectos biopsicossociais; a equidade, que impõe uma discriminação positiva de maneira a reduzir as desigualdades; e finalmente, o imperativo de participação social, que objetiva aproximar os cidadãos do planejamento, da fiscalização e do controle dessa política pública.⁹ Entre as ações especiais, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que prevê, dentre outras, estratégias de articulação transversais que procurem a equidade, a participação e o controle social na gestão das políticas públicas, por meio, preferencialmente, das unidades básicas de saúde (UBS) que operam sob a Estratégia de Saúde da Família (ESF).¹⁰

O enfoque coletivo e abrangente das ações de PS pode ser observado em suas prescrições, que buscam gerar qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.⁴

No âmbito da atenção básica, muitas vezes o profissional psicólogo é o responsável pela efetivação dessa política. Nesse contexto, percebe-se algumas dificuldades que podem ser apontadas para a realização de tais ações por esses psicólogos, como a concepção de saúde que norteia essas atividades. Uma concepção de saúde que a toma apenas como ausência de doenças pode levar a ações pontuais, visando evitar doenças por meio de mudanças de hábitos individuais.

Quando a concepção de saúde excede o limite biomédico, abre-se espaço para práticas voltadas para o coletivo, comprometidas com a transformação do status e com a produção de sujeitos autônomos e solidários.¹¹ Essas práticas caminham no sentido de propiciar que as pessoas sejam capazes de criar normas para

suas vidas, que estejam aptas a lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos.¹² Em decorrência, organizam-se práticas que carregam em si o gene de uma reorganização do sistema, de maneira a ampliar os espaços de participação e o controle social da população sobre as ações de saúde, conforme previsto quando da conquista constitucional do direito à saúde.¹³

Espaço para a Atuação

Retomar a história da Psicologia como ciência e como profissão, nos remete às suas alianças com a visão cartesiana e positivista, o que ainda influencia a atuação profissional na área da saúde. O modelo biomédico com enfoque fisiopatológico-mecanicista conserva em seu bojo, uma concepção fragmentada de saúde e o caráter curativista, em que a queixa e o sintoma são biologizante o que repercute na medicalização da vida cotidiana. Então, espelha o caráter funcional do sistema socioeconômico vigente, o que se traduz como melhor fonte de lucro no mercado de consumo de medicamentos e alta tecnologia. No campo das ideias, reforça a visão de um modelo de clínica reduzida, antropocêntrica, médico centrada, hospitalocêntrica e individualista.¹⁴

O novo cenário da realidade nacional indicou a necessidade de mudanças em várias frentes. Por um lado, induziu a Psicologia a formular novos questionamentos, tanto no campo de suas práticas como na produção de saberes. Além disso, é importante ressaltar a interface da Psicologia com o SUS e desta com as Políticas Públicas e com a Saúde Pública.²

Por outro lado, no que concerne ao SUS, as mudanças no modelo de atenção só se farão acontecer com mudanças no modelo de gestão.¹⁵

Esse olhar nos dá espaço necessário para explorar, incluir e reconhecer a alteridade, ou seja, este outro (usuário), sujeito/objeto - campo da saúde - com suas complexidades e

peculiaridades. Aliás, novas reformulações e cuidados devem ser empregados nesse encontro com o outro, o que significa um diálogo profícuo para explorar os significados e sentidos do trabalho, da instituição, assim como, indagar e questionar sobre certos modelos-padrão de atendimento/gestão que se tornam ações coletivas e naturalizadoras do sofrimento.

Neste sentido, vale dizer que o psicólogo e, é claro, a psicologia podem contribuir assumindo um papel de compromisso social legítimo, o que significa agir em saúde de uma forma humanizada, baseada numa postura de inclusão, de um “estar com” e “perto de”, revalorizando um atendimento integral, no qual deve haver uma escuta ativa, resolutiva, dinâmica, de empatia e de estabelecimento de vínculo.⁵

Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão operando com o princípio da transversalidade.⁴

É nessa linha de pensamento, nessa indissociabilidade entre a clínica e a política que a PNH e a Psicologia se entrelaçam.¹⁶ De acordo com Benevides,¹⁶ a contribuição da Psicologia ao SUS pode estar neste entrecruzamento, no exercício de três princípios: o princípio da inseparabilidade, o princípio da autonomia/corresponsabilidade e o princípio da transversalidade. A autora alerta, porém, que tais princípios se tornam coadjuvantes para a ação política, ou seja, só são efetivados quando se consegue inventar modos de fazê-los acontecer.

Em suma e parafraseando Benevides¹⁶

Pensar-fazer políticas de saúde exige, então, criação de dispositivos, exige criação de espaços de contratualização entre os diversos atores que compõem as redes de saúde, exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. Aqui certamente a Psicologia pode estar, aqui ela pode fazer intercessão. Insistimos, não basta à distância formular, regular, controlar políticas, é preciso criar modos, criar dispositivos que dêem suporte à experimentação das políticas no jogo de conflitos de interesses, desejos e necessidades de todos estes atores.¹⁶

Pode-se perceber que analisar a Psicologia e as Políticas Públicas em Saúde exige sair da lógica da simplicidade, do pensamento linear, especialista e mecanicista para um espaço que abranja o desafio de lidar com a complexidade, a transdisciplinaridade, a produção da subjetividade, o vínculo e a desalienação do sujeito. Ou seja, um espaço multidimensional para compreender e atuar neste tempo e sociedade que nos toca viver.³

O universo humano é universo da coexistência, o homem em constante interrelação, como ser social, permeado pelos acontecimentos históricos, econômicos e políticos, pela trajetória de seus sonhos, desejos, frustrações, subjetividade, em que seu crescimento depende deste encontro com os demais, numa relação dialética. Como compreender os outros, sem incluir-nos neles?

É essencial ressaltar, que “o humano” não se refere ao “homem-figura ideal”, que não coincide com nenhuma existência concreta e sim a um homem concreto em sua diversidade e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Neste aspecto, o conceito de Humanização leva em conta estes sujeitos sociais como atores concretos que podem transformar realidades e se transformar.¹⁶ Observa-se que a saúde coletiva estabelece um diálogo vantajoso com a Psicologia, especialmente nas dimensões das

práticas de saúde e da forma como a população identifica suas necessidades de saúde.¹⁷

Birman¹⁸ expõe que tanto a saúde pública como a coletiva se constituíram como campos heterogêneos – modalidades diferentes de discurso, fundamentos epistemológicos diversos e origens históricas particulares. A Saúde Pública se formatou no final do século XVIII, permeada pelo pensamento biológico e cartesiano da época, o que marcou de um lado o investimento político da medicina, e de outro, a dimensão social das enfermidades. Sua estratégia básica foi o esquadramento do segmento urbano com o intuito de adotar medidas sanitárias para combater as epidemias e endemias, ganhando impulso pelas descobertas bacteriológicas de Pasteur, o que representou um avanço relevante no conhecimento biológico das infecções.

Já a Saúde Coletiva se constituiu como opositora desse pensamento positivista, dualista e cartesiano do saber médico, abrindo seu campo para as Ciências Humanas e a multidisciplinaridade, o que abarcou a Psicologia, especialmente a Psicologia Social. Portanto, a Saúde Coletiva é o palco para o conhecimento científico e de práticas médicas. No campo científico se produzem saberes e conhecimentos acerca da saúde e atuam diferentes disciplinas. O campo de práticas abre espaço para a multidisciplinaridade, o que possibilita ir além dos objetos de intervenção e ultrapassar as noções clássicas de prevenção e atenção primária, atuando também na promoção de saúde e qualidade de vida.¹⁹

Entretanto, Campos²⁰ enfatiza que “os distintos modos de produzir saúde apresentam-se com antagonismos; mas também têm aspectos complementares já que se fundamentam em teoria e prática não necessariamente excludentes.”²⁰ Resgata-se a dimensão da relação dialética, e, ademais, a possível articulação com outros saberes e experiências para combinar política, gestão e epidemiologia

com pedagogia, psicanálise e análise institucional.²⁰

A Inserção do psicólogo

Na década de 1980, os profissionais psicólogos iniciaram uma aproximação mais intensa com as questões sociais,²¹ inclusive no que se refere ao setor da saúde.²² Dimenstein⁷ afirma que o campo da assistência pública à saúde foi para onde se direcionou uma considerável parcela dos profissionais psicólogos, principalmente a partir do final da década de 1970, quando ocorreu uma ampliação da atuação profissional, por causa das próprias pressões do mercado de trabalho.

Uma das vias pela qual se deu a inserção dos profissionais nesse setor, de acordo com Yamamoto,²² foram as Unidades Básicas de Saúde - UBS. Desde então, é nesse cenário que muitos profissionais psicólogos se têm inserido e, muitas vezes, são eles também os responsáveis pelas ações de promoção da saúde.

Segundo Bock,²¹ é preciso considerar a tradição elitista e individualizante da Psicologia, que, no Brasil, se desenvolveu com uma íntima relação com a elite e com a função social, relacionada à promessa e à possibilidade de previsão do comportamento, por meio dos testes psicológicos. Gioia-Martins e Rocha Junior²³ complementam, afirmando que o trabalho de um psicólogo "clássico" se apoia em um enfoque interindividual, com ênfase nos processos psicológicos e psicopatológicos.

A respeito da atuação dos psicólogos na área da saúde, Yamamoto²² assevera que [...] a intervenção do psicólogo tem, virtualmente, se resumido a reprodução do modelo clínico tradicional, [...] sem nenhuma problematização acerca da adequação desses modelos teórico-técnicos para as exigências do serviço de saúde [...].

De acordo com Dimenstein,⁷ o psicólogo entra no setor público de saúde reproduzindo o modelo médico-assistencial privatista, quando este se encontrava em seu ápice, mas também em franco esgotamento. Tal modelo privilegia as práticas médicas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas, em detrimento da saúde coletiva. Ele organiza as ações de saúde para uma dada oferta de atendimento, sem se preocupar com a adstrição da clientela, nem com o compromisso em obter impactos sobre o nível de saúde da população, levando as instituições públicas a adotar o modelo sanitarista como forma complementar para atenderem as demandas de cunho coletivo.²⁴ Segundo Dimenstein^{25:7}

[...] a entrada do psicólogo nas instituições públicas de saúde, apesar de ter ampliado seu campo de trabalho, parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua atuação. Ou seja, não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas suas formas tradicionais de atuar. Daí sua dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social.^{25:7}

Silva²⁶ retrata um momento em que as ações individuais eram prioritárias às ações coletivas, por causa, sobretudo, da formação acadêmica dos psicólogos. Hoje é possível observar uma alteração nesse quadro, em razão das mudanças de características da formação acadêmica em Psicologia e pela disseminação de trabalhos e escritos sobre a inserção da Psicologia na atenção básica.

No entanto, é preciso ficar atento às peculiaridades das atividades em grupo e das atividades individuais, pois o atendimento em grupo não garante coletivização das questões que ainda podem se localizar no interior dos

indivíduos, assim como a assistência feita de maneira individual não pressupõe individualização destas.

É, entretanto, consenso que o modelo descontextualizado de clínica na atenção básica precisa ser superado, pois essa atividade lida com um ser histórico e abstrato.

Segundo Bock,²¹ os psicólogos devem estar atentos para os conceitos, criados e pautados em experiências das camadas altas da população branca, europeia ou americana de primeiro mundo. Devemos salientar a importância das atividades em grupo para o fortalecimento de um coletivo, em tempos de primazia do individualismo.

Assim, entendemos que, em grupo, novas formas de vida são produzidas a partir da vivência com o outro, com a troca de experiências, com o viver em comunidade e, principalmente, com a confrontação do que o difere do outro.

Dessa forma, pressupomos que a construção de espaços coletivos deve constituir [...] um sistema de relações mais autônomas que decorre do debate/ação entre cidadãos iguais de direito – composição ou aumento da potência de agir entre as pessoas e entre estas e os profissionais; afirmação daquilo que cada um pode singularmente em seus saberes/fazeres valorados na experimentação dos bons encontros.²⁷

A Formação do Psicólogo Para a atuação em Saúde Pública

Quanto à formação acadêmica, Dimenstein²⁸ considera que é o fortalecimento junto aos teóricos e práticos que embasa a atuação do profissional; tais conteúdos, por sua vez, também podem atender à expectativa que a sociedade tem em relação ao psicólogo na saúde, cuja atuação, baseada em modelos não muito práticos para esse setor, tem causado um descompasso entre valores culturais de

pacientes e profissionais, que ainda não colaboram para as necessidades atuais do campo de assistência à saúde. Com efeito, segundo esse autor, tem ocorrido à transposição do modelo clínico, ou seja, da psicoterapia individual de base psicanalítica para postos, centros e ambulatórios de saúde, que nem sempre vai ao encontro dos objetivos das instituições e da população, acabando em ações pouco favoráveis no que tange às perspectivas da saúde pública.

Dimenstein²⁸ destaca, igualmente, a diferença entre a clientela do setor público e do privado: no setor público, o profissional depara-se com a população de baixa renda, encaminhada por outro profissional ou instituição, a qual chega com expectativas distintas das que buscam atendimento no setor privado.

Ao defender a ampliação de atuação do psicólogo, Gimenez²⁹ aborda a interdependência de alguns pontos, entre os quais o reconhecimento dos órgãos governamentais, no sentido de abertura de vagas. Quanto à formação, enfatiza a necessidade de as instituições formadoras fornecerem uma preparação adequada aos acadêmicos, a fim de que os mesmos venham a preencher o espaço profissional conquistado com ações efetivas para o desenvolvimento da profissão. A formação com uma visão generalista é defendida por Gioia-Martins e Rocha Júnior,²³ quando valorizavam a problemática na busca pelas soluções, utilizando referenciais teórico compatíveis com a prática, durante todo o curso, além do estabelecimento de currículos flexíveis.

Quanto aos estágios, experiências profissionais e atividades extracurriculares desenvolvidos por alunos de psicologia, Carvalho¹¹ frisa que “o aluno de psicologia busca em atividades extracurriculares uma experiência prática que os cursos possivelmente não estão oferecendo,” ou que oferecem de forma insuficiente.

Estudiosos na área mostram preocupação com a visão da realidade que é fornecida aos acadêmicos, pelas instituições formadoras, como Silva,²⁶ que se refere à questão, salientando que o acadêmico precisa ser sensibilizado para entender a psicologia como prática socialmente articulada dentro das instituições, resultando a necessidade da constante investigação sobre as mesmas.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTS), e o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESU) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), lançaram, em novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Com o objetivo de integrar, o ensino juntamente com o serviço, visando à reorientação do profissional, assegurando uma abordagem integral do processo de saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformação nos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Com a necessidade de corrigir o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios, diretrizes e necessidades do SUS, e aponta para a necessidade de pesquisas desenvolvidas na área da saúde com ênfase na investigação das necessidades de comunidade.¹⁰

O grande desafio está em fazer com que as instituições formadoras e de serviços, coloquem em prática o que está previsto nos parâmetros oficiais, tendo em vista, que as áreas clínicas, escolares e organizacionais necessitam e obrigatoriamente, deveriam fazer parte deste preceito.

Apesar do ensino da Psicologia ser feito desde os anos 30 nas escolas normais dos Institutos de Educação do país e, em 1956 ter sido implantado um curso de formação de psicólogo na Pontifícia Universidade Católica do Rio de

Janeiro e em 1957 na Universidade de São Paulo, foi somente em 1962 – por força da Lei Federal nº 4.119 - que a Psicologia passou a existir como profissão. No ano de 1964 foi regulamentada a formação do psicólogo e seu exercício profissional pelo Conselho Federal de Educação com o Decreto nº 53.464. Com isso o Brasil tornou-se um dos poucos países a adotar uma legislação reguladora da profissão em todo território nacional.

A regulamentação da Lei 4.119 foi o passo decisivo para a criação dos cursos de Psicologia e elaboração do currículo mínimo, para a definição do território profissional e funções privativas do psicólogo - os quais têm por função assegurar o monopólio do saber e prática profissionais - bem como para a adoção de um código de ética com a finalidade de controle da atuação profissional. Assim, há três décadas os psicólogos garantiram um espaço institucionalizado de trabalho, inicialmente nas áreas de orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica, diagnóstico psicológico, bem como na aplicação de testes psicológicos - a qual passou a ser de uso exclusivo da categoria – mas, também, em áreas tradicionalmente ocupadas pelo médico realizando, por exemplo, estudo de caso, perícias e psicoterapia, que na época foi objeto de uma luta acirrada entre as duas categorias profissionais, cada uma reivindicando a competência exclusiva no mercado de trabalho.

Com a regulamentação da profissão o psicólogo passou a atuar em basicamente quatro áreas: clínica, escolar, industrial e magistério, áreas que atualmente estão bastante ampliadas e que não correspondem mais ao universo de atuação do psicólogo brasileiro. Dentre novas áreas da profissão, o campo da assistência pública à saúde foi para onde convergiu uma considerável parcela dos profissionais, principalmente a partir do final da década de 70, momento em que se nota um maior contingente de psicólogos nas instituições públicas no Brasil. Antes disso, havia apenas experiências isoladas de alguns psicólogos que

foram solicitados a desenvolver atividades no campo da saúde.³⁰

Currículos para a atuação de psicólogos na Saúde Pública

Alguns artigos analisados trazem a questão das estruturas curriculares da Psicologia serem específicas, fragmentadas e tendenciosas. Neste sentido, Bernardes,³¹ consideram que as diretrizes curriculares na formação em psicologia e as “articulações” com os princípios doutrinários do SUS estão contraditórias. Ou seja, estão afastados dos objetivos do SUS, à medida que são notórias as limitações quanto a atuação na área social comunitária, especificamente atrelada a saúde.

Todavia, a atualidade exige modificações nos currículos, pois o surgimento de novos contextos de inserção para o trabalho do psicólogo desencadeia a necessidade das instituições de ensino buscar subsídios para fundamentar a formação dos profissionais que vão atuar em diversos contextos, inclusive o da saúde pública.

Os artigos entram em acordo abordando que outras áreas psicológicas devem ser exploradas, pois as formações tendem a ser específicas e voltadas para a atuação clínica, o que implica, por vezes, em dificuldades na atuação em saúde pública. Assim, os artigos mostram o recente aumento de estudos e introdução curricular da área social, entre outras áreas que fogem da tradição clínica e psicanalista.

Geralmente os profissionais acabam buscando espontaneamente aprimorar-se e capacitar-se para isso, com atividades extracurriculares ou, ainda, com formação complementar. Neste sentido, podemos fazer uma referência ao programa de pós-graduação em saúde pública como uma oportunidade de suprir falhas na formação da graduação.

Este é um dos desafios da psicologia e de outras áreas da saúde, pois na realidade as formações acadêmicas precisam contemplar o trabalho

em equipe. Carvalho, Bosi e Freire³² concluem em consonância com o que vem sendo discutido em relação às lacunas nos moldes curriculares dos cursos de graduação em psicologia, reforçando a necessidade de diálogo com a saúde em uma dimensão coletiva e voltada também às políticas públicas. Neste sentido, como já aludido nas temáticas anteriores, a psicologia, assim como a saúde, vem se reestruturando e se reconstruindo, de acordo com a realidade e as demandas existentes.

Também é preciso estar constantemente avaliando as intervenções psicológicas no campo da saúde, pois estas precisam estar baseadas na realidade que a saúde pública demanda, incluindo aspectos ligados à gestão de saúde, a elaboração de políticas públicas e não apenas voltada ao assistencialismo ou aos serviços de saúde.

Para tanto, fica ainda em aberto um espaço que a psicologia poderia estar trabalhando, afinal muitas das possibilidades de atuação não estão sendo exploradas.

Sabe-se que são poucos os profissionais da psicologia envolvidos nas ações em comunidade. Algumas tentativas vão ao encontro de conhecer essa realidade. Mas, como aponta Pires e Braga,³³ a universidade não está fornecendo fundamentação para as novas possibilidades de atuação, visto que, não estão desenvolvendo suficiente as habilidades e competências para o trabalho no SUS para os futuros profissionais.

Uma questão importante proposta tanto por Rutsatz e Câmara,³⁴ assim como Ronzani e Rodrigues,³⁵ contribuem dizendo que não apenas a formação acadêmica da graduação ou especializações, mas também os processos de educação permanente são fundamentais para os profissionais na saúde. Nota-se a importância em dar prioridade ao diálogo entre o fazer e as teorias e/ou técnicas psicológicas no contexto da saúde pública. A educação

permanente pode ser a ferramenta para a aprendizagem.

Considerações finais

Apesar dos avanços quanto à ampla abertura de serviços que contam com a presença do psicólogo no SUS, não são poucas as dificuldades para organizar as ações profissionais com base na proposta da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Entretanto, já não é suficiente reconhecer que o psicólogo trabalha isoladamente, que opera predominantemente com psicoterapias, que tem pouco conhecimento do território onde atua, que acredita na neutralidade de seus saberes e práticas.

O desafio que se coloca não está simplesmente limitado a operar certos ajustes na formação acadêmica e profissional, ampliando o leque de disciplinas e conteúdos relacionados ao SUS e à reforma psiquiátrica em nossos cursos, nem a instrumentalizar o profissional com tecnologias cada vez mais sofisticadas, tampouco a abrir mais e mais postos de trabalho na rede assistencial.

Se faz necessária uma formação em que os psicólogos possam, minimamente, realizar leituras e análises conjunturais a respeito das necessidades sociais e de saúde da população, proceder à escuta e à intervenção sobre os processos psicológicos e psicossociais mobilizados pelas condições de vida e projetos de futuro da população, além da capacidade de articulação com as redes de serviços para operar práticas de cuidado mais integradas em saúde.

Neste sentido, cabe salientar a importância de uma formação generalista, valorizando a problematização e a busca de alternativas para as dificuldades legítimas, bem como o estabelecimento de currículos mais flexíveis.

Talvez assim se possa construir, a partir das formações acadêmicas e profissionais dos psicólogos, modos de atuação e processos de trabalho mais democráticos e criativos, dotando os trabalhadores de maior capacidade de acolher e de resolver necessidades de saúde e de ampliar o seu grau de realização.

Referências

- ¹Archanjo JVL. Política Nacional de Humanização: Reafirmando os princípios do SUS. 1. ed. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2010.
- ²Roncalli AG. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 1-27.
- ³Benevides R, Passos E. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: Fonseca TMG, Kirst PG (Orgs). Cartografias e devires: a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS; 2003. p. 81-89.
- ⁴Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- ⁵Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- ⁶Spink MKPA. A prática profissional PSI na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink MKP. A psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 25-52.
- ⁷Dimenstein M. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos Psicol. 1998 jan/jun; 3(1).

- ⁸Paulin T, Luzio CA. A psicologia na saúde pública, desafios para a atuação e formação profissional. Rev Psicol UNESP. 2009.
- ⁹Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e so SUS. In: Lima N. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- ¹⁰Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.409, de 13 de junho de 2007. Institui comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial; 2007.
- ¹¹Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- ¹²Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(3).
- ¹³Dalbello-Araujo M. O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social. [tese] 2005.
- ¹⁴Traverso-Yépez MA. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. Psicol Estudo. 2001 jun.
- ¹⁵Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- ¹⁶Benevides R. A psicologia e o sistema único de saúde: quas interfaces? Psicol Soc. 2005; 17(2).
- ¹⁷Spink MJP. Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na moddlidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In Jaco Vilela AM, Sato L(. Diálogos em Psicologia Social. Porto Alegre: Evangraf; 2007. p. 345-360.
- ¹⁸Birman JA. Physis da saúde coletiva. Physis (Rio J.). 2005; 15(11-16).
- ¹⁹Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? Saúde Pública. 1988; 32.
- ²⁰Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc saúde coletiva. 2000; 5.
- ²¹Bock AMB, Ferreira MR, Gonçalves MGM, Furtado O. Sílvia Lane e o projeto do "compromisso social da psicologia". Psicol Soc. 2007; 19(Especial).
- ²²Yamamoto OH. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da psicologia. In B AMB. Psicologia e o compromisso social. São Paulo : Cortez; 2003.
- ²³Gioia-Martins DF, Rocha Junior A. Práticas psicológicas em promoção da saúde. Psicol teor prá. 2001; 1(1).
- ²⁴Palha PF, Villa TCS. A descentralização como eixo norteador na organização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. REEUSP. 2001; 4(1).
- ²⁵Dimenstein M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. Psicol est. 2001; 6(2).
- ²⁶Silva RC. A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In Sato L. Psicologia e saúde: repensando práticas. São Paulo: Hucitec; 1992.
- ²⁷Andrade AN. Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde. Psicologia Política. 2007; 13(1).
- ²⁸Dimensteins M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. Estud. psicol. (Natal). 2000; 5(1).
- ²⁹Gimeniz SR. Algumas características de usuários do setor de pediatria de um centro de saúde escola: subsidios para a atuação preentiva do psicólogo. [Dissertação] São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1992.
- ³⁰Silva MG, Gomes M, Barros BP. A importância dos psicólogos junto à atenção básica de saúde. X Encontro da iniciação científica, VII Salão de pesquisa docente e V mostra de pós-graduação. 2015. p. 1-100.
- ³¹Bernardes MEM. As ações na atividade educativa. [Mestrado]. SãoPaulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2000.
- ³²Carvalho LB, Bosi ML, Freire JC. A prática do psicólogo em Saúde Coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE). Psicol Ciênc Prof. 2009; 29(1).

³³Pires ACT, Braga TMS. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas Psicol.* 2009; 14(1).

³⁴Rutsatz SNB, Camara SG. O psicólogo na saúde pública: trajetória e percepções na conquista deste espaço. *Aletheia.* 2006 jan/jun;(23).

³⁵Ronzani TM, Rodrigues MC. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicol Ciênc Prof.* 2006; 26(1).

³⁶Bernardes MEM. Mediações simbólicas na atividade pedagógica: contribuições do enfoque histórico-cultural para o ensino e aprendizagem. [Tese]. São Paulo: USP; 2006.