



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Carina Tatiane Carneiro

**Práticas dos psicólogos no Sistema Único de Saúde em Umuarama- Pr: um caminho em
construção**

Rio de Janeiro
2009

Carina Tatiane Carneiro

Práticas dos psicólogos no Sistema Único de Saúde em Umuarama - Pr: um caminho em construção

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Adriana Cavalcanti de Aguiar

Rio de Janeiro
2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

C289 Carneiro, Carina Tatiane.
Práticas dos psicólogos no Sistema Único de Saúde em Umuarama - PR:
um caminho em construção / Carina Tatiane Carneiro. – 2009.
81f.

Orientadora : Adriana Cavalcanti de Aguiar.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Umuarama (PR) – Teses. 2.
Psicólogos – Formação profissional – Teses. 3. Serviços de saúde pública –
Umuarama (PR) – Teses. 4. Prática (Psicologia) 5. Assistência em saúde
mental. I. Aguiar, Adriana Cavalcanti de. II. Universidade do Estado do Rio
de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 159.9-051

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Carina Tatiane Carneiro

Práticas dos psicólogos no Sistema Único de Saúde em Umuarama-Pr: um caminho em construção

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 18 de dezembro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar (Orientadora)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Estácio de Sá – UNESA

Prof. Dr. Erialdo Mathias Nicácio
Escola de Serviço Social da UFRJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

A meu bisavô Pedro (in memoriam) que deixou em minha vida a marca da fé e do amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos seus anjos de luz que estão sempre ao meu lado, invisivelmente, me fortalecendo na minha caminhada da vida.

À minha mãe, que mesmo sem entender a dimensão desse trabalho, esteve sempre presente cuidando do meu bem-estar, “Mãe obrigada por seu amor, hoje entendo como ele se manifesta em seus pequenos gestos”.

À minha avó materna, pelo tempo que dedicou me ensinando as primeiras palavras, pegando em minha mão e me mostrando o caminho das letras.

Ao Roberto, meu pai do coração, pelo incentivo e apoio em meus estudos.

Às minhas irmãs, que festejam comigo as minhas conquistas, e Ana Claudia, que entendendo a importância desse trabalho, se prontificou a me ajudar, “irmã o pagamento é minha ajuda incondicional para todos os momentos que precisar”.

Ao meu amor Lynneker, que chegou em minha vida tendo como concorrente esse trabalho, e assim mesmo, esteve sempre presente com palavras de confiança e de amor. Agradeço imensamente sua presença em minha vida!

À minha orientadora Adriana, por quem tenho admiração pelo lugar que ocupa e pela simplicidade com que se apresenta. “Adriana suas orientações ‘on line’ algumas vezes me deixava no vazio, hoje considero que isso foi fundamental para o desenvolvimento de minha autonomia, obrigada!!!”

À minha coordenadora de curso Danielle Jardim Barreto, pela compreensão desse momento impar em minha vida, me apoiando mesmo antes da minha pretensão em iniciar esse mestrado. “Obrigada Dani por fazer parte dessa construção!!!”

À Sabrina: “Obrigada Sá pela ajuda, pela assistência nos momentos em que mais precisava, você é muito importante”.

À minha querida amiga Patrícia Freitas, pelos momentos de escuta, pelas orientações, pelo apoio, por ser minha amiga.

Aos amigos: Elisangela, Adriana Basseto, Daniele Garcia, Adriana Rodrigues, que compartilharam comigo esse momento, ouvindo minhas angústias, meus medos, e sempre me oferecendo palavras de conforto, acreditando que era possível.

Ao Achilles, obrigada pela ajuda neste trabalho e pelos momentos de discussão e produção de conhecimento.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade e contribuição para que esse trabalho se concretizasse.

Muito obrigada a todos que direta ou indiretamente ajudaram para a realização desse sonho!!

Posso tudo posso Naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir.
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou pra mim e ali estar
Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor
Do que ficou, vou me lembrar
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou
Vou persistir, continuar a esperar e crer
E mesmo quando a visão se turva e o coração só chora
Mas na alma, há certeza da vitória
Posso, tudo posso Naquele que me fortalece.

CELINA BORGES
Interpretação (Pe. Fábio de Melo)

RESUMO

CARNEIRO, Carina Tatiane. **Práticas dos psicólogos no Sistema Único de Saúde em Umuarama –Pr**: um caminho em construção. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

A crescente inserção dos psicólogos na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e a demanda por novas habilidades e competências profissionais vem gerando muitas discussões em relação aos saberes e fazeres da Psicologia. Neste contexto, este trabalho tem como objetivo descrever a formação e as práticas dos psicólogos inseridos no SUS do Município de Umuarama-Pr, tendo como parâmetro a integralidade. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa. Os dados foram obtidos através de entrevistas com roteiro semi-estruturado com os psicólogos em atuação nos serviços do SUS e profissionais envolvidos com a gestão da saúde no município. Para a análise foi utilizado o método de análise do conteúdo, com ênfase em três eixos: formação acadêmica, práticas profissionais e percepção sobre o papel do psicólogo no SUS. Os resultados demonstraram uma formação acadêmica orientada para o modelo clínico tradicional, detectando algumas lacunas para o trabalho na área da saúde pública. Em relação à atuação do psicólogo na saúde, as atividades que realizam incluem psicoterapia individual, grupal, visita domiciliar, reunião/orientação de equipe. Os entrevistados identificam uma falta de reconhecimento do trabalho da Psicologia no SUS por parte da população, da gestão e dos próprios psicólogos, talvez por pouca clareza de suas possibilidades de atuação. Foram identificadas algumas tendências de mudança na formação profissional e de inovação nas práticas profissionais nos serviços da saúde pública. Contudo, alguns desafios precisam ser superados para a efetiva construção da integralidade no trabalho do psicólogo no município, como por exemplo, a formação profissional e a organização dos serviços, fazendo-se necessária a continuidade de discussões sobre a formação e a configuração de suas práticas, para que possam contribuir plenamente para a inserção e desenvolvimento da Psicologia no SUS.

Palavras-chave: Formação Profissional. Práticas Psicológicas. Integralidade. Saúde Pública.

ABSTRACT

The increasing integration of psychologists in the service network of the Unified Health System (UHS) and the demand for new skills and professional skills have generated much discussion concerning the knowledge and practices of psychology. In this context, this essay aims to describe the training and practices of the psychologists included in the UHS in the city of Umuarama-Pr, being the integrality as the parameter. In doing so the kind of the research was a qualitative survey. Data were obtained through semi-structured interviews with psychologists in performance in UHS services and professionals involved with health management in the city. The method used for the analysis was the content analysis, with emphasis on three areas: education, psychological practices and insight into the role of psychologists in public health in the city. The results showed an academic-oriented traditional clinical model, identifying some gaps to work in the area of public health. Regarding the role of psychologists in health, the activities they perform include individual and group psychotherapy, home visits, meeting/orientation of team. The respondents identified a lack of acknowledgement of the work of psychology in the UHS from the people, management and own psychologists, perhaps because of lack of clarity of their possible performances. Some changing trends have been identified in training and innovation in professional practice in public health. However, some challenges need be overcome to effective construction of the integrality in the psychologist work in the city, such as training and organization, making necessary the maintenance of discussions on the formation and setting up of their practices in order to they can fully contribute to the integration and development of psychology in the UHS.

Keywords: Training. Psychological Practices. Integrality, Public Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMERIOS	Associação dos Municípios da Região de entre Rios
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS/AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CISA	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNAS	Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LDB	Leis de Diretrizes e Bases
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAMES	Programa de Apoio Mental, Educacional e Social
PSF	Programa Saúde da Família
SAE	Serviço de atendimento especializado
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE, REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AS NOVAS EXIGÊNCIAS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	15
1.1	Educação dos profissionais de saúde	20
2	FORMAÇÃO E PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NO SUS E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE	25
3	INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA REDE DO SUS DO PARANÁ: A SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE UMUARAMA E DA 12.^a REGIONAL DE SAÚDE	33
4	OBJETIVOS	39
4.1	Objetivo Geral	39
4.2	Objetivos Específicos	39
5	METODOLOGIA	40
6	O PSICÓLOGO E O SUS EM UMUARAMA: FORMAÇÃO, PRÁTICAS E PERCEPÇÕES NA REDE MUNICIPAL	43
6.1	Formação Acadêmica: descrição e contribuições para o trabalho no SUS	43
6.2	Práticas Profissionais: experiências, atividades e aperfeiçoamento	46
6.2.1	<u>Experiências prévias à inserção nos serviços públicos de saúde</u>	46
6.2.2	<u>Inserção dos psicólogos nas atividades da rede do SUS de Umuarama</u>	48
6.2.3	<u>Atividades desenvolvidas pelos psicólogos na rede pública</u>	52
6.2.4	<u>Capacitação, cursos e aperfeiçoamento profissional</u>	55
6.3	Percepções sobre o papel do psicólogo no SUS	56
7	AVANÇOS E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UMUARAMA: A CONTRIBUIÇÃO DOS PSICÓLOGOS	60
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas para os psicólogos da rede de saúde de Umuarama/Pr.	78
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para Informante-chave	79

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista para Informante-chave (psicóloga, ex-gestora)	80
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81

INTRODUÇÃO

O interesse em discutir este tema surgiu com minha entrada na docência, mais especificamente com a incumbência de oferecer uma disciplina no Curso de Psicologia denominada Psicologia e Saúde. O conteúdo contemplado nesta disciplina permitiu reflexões a respeito da inserção do psicólogo nos serviços de saúde pública e ao mesmo tempo tornou-se um desafio a ser enfrentado por mim. Ao explorar o tema percebi que estaria lidando com um universo que ia muito além dos meus conhecimentos e métodos de teorias e técnicas psicológicas, avançando para abordar questões sociais, políticas, econômicas e em práticas que superavam o enfoque clínico individual e transcendiam para atividades coletivas, voltadas para promoção e prevenção em saúde. Minhas inquietações sobre como administrar essa disciplina, como transmitir esse conhecimento, de que lugar da Psicologia eu estaria falando, e, sobretudo, da minha responsabilidade na formação de profissionais qualificados para os serviços de saúde mantiveram-se desde então.

Assim emergiu o interesse em discutir sobre a formação do psicólogo para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), que me levou a procurar o Mestrado em Saúde Coletiva, onde pude perceber que a discussão sobre a formação estava acontecendo de forma geral em todas as profissões de saúde. Com isso, meus questionamentos foram tomando forma e se transformando em possibilidade de investigação através desta dissertação, que permite que eu me instrumentalize como docente, e contribua ainda mais para a construção de uma Psicologia comprometida com a saúde individual e coletiva, conforme exponho a seguir.

O processo de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir do fim da década de 80 trouxe mudanças significativas na organização das ações e serviços de saúde. Com a promulgação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), a saúde é apresentada como direito de todos e dever do Estado, voltado para os princípios da: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e regionalização. A Lei 8080 ainda dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro desse contexto de mudanças na configuração das políticas de saúde, emerge um movimento de discussões e debates sobre a formação de profissionais com perfil adequado para atuar no SUS. Especialmente a partir da virada do século XXI, os recursos humanos destacam-se como fundamentais para a construção do sistema, sendo evidente que é

preciso investir e formar os profissionais de saúde para que atendam adequadamente essas novas demandas e construam um sistema eficiente (DIMENSTEIN e SANTOS, 2005; PINHEIRO e CECCIM, 2005; FEUERWERKER, 2003).

Neste sentido, surgiram algumas iniciativas nacionais na busca de mudanças na educação em saúde permeada pelo SUS, tal como os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, VER-SUS (estágios e vivências para estudantes), Aprender-SUS, EnsinaSUS (fomento à pesquisa sobre o ensino da integralidade), entidades como o FNEPAS (Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde) e também aumento de publicações relacionadas ao ensino em saúde (CECCIM e CARVALHO, 2005). Diante desses movimentos fortalece-se uma articulação dos setores da saúde e da educação na busca de mudanças na formação em saúde, sendo a mais significativa a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde (DCNAS) apontando um caminho para a organização dos cursos e construção de maior compromisso da instituição de educação superior com o SUS.

É neste cenário de discussões, reflexões e mudanças no processo formativo das profissões de saúde que este estudo se insere, tendo como objeto a formação em Psicologia. A Psicologia no Brasil atualmente experimenta a abertura de novos campos de atuação, inclusive a inserção dos psicólogos nas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde, demandando mudanças na prática profissional, e, conseqüentemente, em sua formação.

As práticas de ensino da Psicologia, de acordo com Silva (2002), têm sido direcionadas para uma atuação autônoma, tendo como prioridade um único modelo de atuação que é a psicoterapia clínica individual. Segundo a autora, esse modelo é retroalimentado pelos cursos de graduação, limitando a função social da profissão. A própria sociedade mantém uma imagem do psicólogo como clínico especializado, e até alunos de Psicologia procuram o curso com essa ideiação.

Com as demanda do SUS, cuja premissa é atender as necessidades da população brasileira, a manutenção de um único modelo de atuação orientada para a clínica individual torna-se insuficiente. Na medida em que os serviços de saúde estão voltando-se para a realidade social, buscando oferecer uma atenção integral à saúde, espera-se do profissional da Psicologia um novo engajamento e comprometimento social (BOARINI, 1996).

Dentro deste contexto, a Associação Brasileira de Ensino da Psicologia (ABEP, 2006), vem discutindo os desafios da formação e desenvolvimento profissional da Psicologia para o trabalho no SUS: desafio na formação de recursos humanos qualificados, desafio quanto a aproximação entre teoria e prática, desafio quanto as ênfases curriculares, cenários de prática,

entre outros colocados em pauta. Desta forma, a ABEP contribui para ampliar a reflexão sobre a construção do processo de mudanças nos cursos de graduação em Psicologia, introduzindo novas concepções e práticas voltadas para operacionalizar um compromisso social (ABEP, 2006).

O presente estudo adota como premissa a inadequação da formação profissional da Psicologia para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) (DIMENSTEIN, 1999; BOARINI, 1996; ROMAGNOLI, 2006). No entanto, a pesquisa não pretende avaliar a formação profissional da Psicologia, mas descrever a formação e a prática profissional dos psicólogos atuantes nos serviços do SUS do município de Umuarama, tendo como parâmetro o princípio da integralidade. A escolha da discussão da formação sob o eixo da integralidade refere-se: a) ao fato de ser instituída pela Constituição Nacional no artigo 198 como uma das diretrizes do sistema de saúde (BRASIL, 1988); b) à orientação das DCNAS para o Curso de Psicologia que contempla a atenção à saúde como objetivo geral, especificando ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto coletiva como individual (BRASIL, 2004).

No Estado do Paraná, em documentos da Secretaria de Estado de Saúde (SESA), a prevenção, promoção e atenção à saúde aparecem como os três eixos prioritários de atuação, sustentado por um quarto eixo relativo a qualificação de recursos humanos. A pesquisa desenvolveu-se no Município de Umuarama, que é sede da 12ª Regional de Saúde do Paraná, oferecendo serviços curativos, preventivos, assistenciais e educacionais a população.

Os dados para o estudo foram coletados através de entrevistas com roteiros semi-estruturados realizados com psicólogos dos serviços de saúde do município e informantes-chave, gestores da rede (até a mudança do governo em janeiro de 2009), sendo dois deles psicólogos. Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo, adotando como parâmetros iniciais de análise a formação acadêmica, as práticas psicológicas, as atividades desenvolvidas na rede municipal de saúde e a percepção do papel do psicólogo no SUS.

Este estudo discutirá o conceito ampliado de saúde, a reorganização dos serviços públicos no Brasil, e as novas exigências da formação profissional em saúde. Parte-se do pressuposto que as “práticas desenvolvidas nos serviços de atenção à saúde, conscientes ou não, estão relacionadas diretamente a determinadas concepções de saúde-doença-cuidado vigentes” (BATISTELA, 2007, p. 25). Assim, entender a constituição do conceito ampliado de saúde permite visualizar o movimento de reorganização dos serviços e a busca por recursos humanos capazes de responder a essas mudanças no cenário das políticas de saúde.

Abordará também a formação em Psicologia e as práticas de psicólogos no Sistema Único de Saúde à luz da construção da integralidade em saúde e do contexto de inserção do psicólogo no município. Visto que o surgimento do SUS trouxe inovações de atuação para os profissionais de saúde, e várias iniciativas estão sendo adotadas no sentido de construir uma prática integrada, um trabalho voltado para ações multiprofissionais, prevenção, promoção e reabilitação da saúde, amplia-se a discussão sobre a formação e desenvolvimento profissional do psicólogo para atuar no SUS.

Nesse sentido é que a discussão desse estudo torna-se relevante para entender a direção que a Psicologia no município de Umuarama está tomando diante das demandas sociais apresentadas atualmente, afinal “os psicólogos precisam ter clareza de que, ao fazer ou saber Psicologia, estão com sua prática e seu conhecimento interferindo na sociedade” (BOCK, 1999, p. 326).

Inicialmente serão apresentados a discussão teórica, os objetivos da pesquisa, o caminho metodológico realizado para a concretização dos objetivos traçados, e na sequência, abordará os resultados e considerações sobre o estudo realizado.

1. CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE, REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AS NOVAS EXIGÊNCIAS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Este capítulo apresenta um breve panorama conceitual acerca do processo saúde/doença e como essas explicações conduziram a construção das práticas em saúde, dando relevância ao conceito ampliado de saúde e a reorganização dos serviços assistenciais a partir da implantação do SUS, analisando nessa perspectiva as novas exigências da formação profissional em saúde.

A busca pela saúde e entendimento da doença, aparece na sociedade desde os primórdios da existência humana e suas explicações sempre acompanharam o contexto sócio-histórico-cultural da época (BATISTELA, 2007; GUTIERREZ & OBERDIEK, 2001; CASTRO, ANDRADE & MULLER, 2006). Os diferentes significados atribuídos ao processo saúde/doença relacionam-se com a forma de organização social e o conhecimento produzido em cada período histórico. Nas primeiras organizações sociais a concepção sobre a saúde e doença estava ligada ao pensamento mágico, religioso e sobrenatural. Quando o ser humano não conseguia associar o adoecimento às atividades cotidianas, como a alimentação ou os acidentes, a explicação utilizada eram as ações sobrenaturais de deuses e espíritos. Naquele contexto o processo de cura estava sob a responsabilidade de xamãs, pajés, benzedeiras, curandeiros, considerados espiritualmente desenvolvidos e com ligações com o universo sobrenatural, utilizando como metodologia: cânticos, danças, infusões, entre outros, que afastavam os maus espíritos (BATISTELA, 2007).

As primeiras explicações sistemáticas do processo saúde/doença surgiram na cultura grega, inaugurando uma tendência ao rompimento com as explicações religiosas e desenvolvendo uma abordagem baseada na observação, análise, dedução e síntese. Essa metodologia tinha como finalidade conhecer a relação do ser humano com a natureza, se tornando mais tarde um modelo para os procedimentos na Medicina e na Psicologia (RAMOS, 1994). A doença passou a ser interpretada como “produto do desequilíbrio ou desarmonia entre os princípios ou forças básicas da vida, mas compreendia também a busca do reequilíbrio” (OLIVEIRA & EGRY, 2000, p. 10). O ser humano passa a ter um papel ativo no restabelecimento da saúde, buscando diversos recursos terapêuticos. Com Hipócrates, conhecido como o pai da Medicina Moderna, que a saúde passou a se expressar como um equilíbrio entre o homem e seu meio, e algumas práticas como higiene e educação em saúde

começaram a ser instaladas como produção de um modo de vida ideal (BATISTELA, 2007; OLIVEIRA & EGRY, 2000).

No início da Idade Média, com a sociedade organizada em classes sociais distintas, senhores e os servos, o cristianismo era o modelo ideológico dominante e regulador dos comportamentos na sociedade. A Igreja assumiu papel de referência na interpretação e tratamento das enfermidades, sendo as doenças vistas como conseqüências de atos pecaminosos e a cura concebida através da redenção e purificação da alma. Ou seja, na Europa medieval a fé e a religiosidade são elementos essenciais para o tratamento, sendo mais uma vez imenso o poder das autoridades religiosas (GUTIERREZ & OBERDIEK, 2001).

Esse movimento pendular foi fortalecido no séc. XVII a partir das ideias do filósofo René Descartes que postulava a separação entre mente e corpo, representando um marco teórico para a fragmentação do conhecimento, onde a igreja com seu aparato filosófico, analisaria a mente, e os médicos com sua metodologia científica estudaria o corpo (RIECHELMANN, 2000). Assim, “essa postura dualista teve grande influência no pensamento médico, sendo reforçada no século XIX com o avanço representado pelas descobertas de Pasteur e Virchow e a visão de uma etiologia de causa específica de doença reforçando esta tendência ao reducionismo” (CASTRO, ANDRADE & MULLER, 2006, p. 40).

Posteriormente, com o Renascimento, fortalecimento do método científico, e especialmente com a bacteriologia, alteram-se as bases da discussão da causalidade das enfermidades, ocasionando nova forma de perceber o processo saúde/doença. Os fenômenos desse processo passam a receber explicações baseadas na observação e experiência dos corpos humanos, adotando uma abordagem laica, quantitativa e causal, reforçando “as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje” (BATISTELA, 2007, p.53).

O modelo biomédico representou, no campo da saúde, um desenvolvimento tecnológico voltado para os

[...] estudos de anatomia, fisiologia, e de individualização de descrição das doenças, fundadas na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano (BATISTELA, 2007, p. 39).

De acordo com Giddens (2005), o modelo biomédico apresenta três principais suposições que o caracterizam. O primeiro ponto é que a doença passa a ser vista como um

colapso no interior do corpo humano causada por um agente específico. O segundo diz respeito à fragmentação do corpo e da mente no processo de tratamento: o paciente representa um corpo doente e a ênfase é para a cura da doença e não para o bem-estar do indivíduo. Em terceiro lugar encontra-se a soberania do saber médico sobre o tratamento da doença e a representação do hospital como espaço de cura.

Complementando, pode-se dizer que a ciência buscava a etiologia da doença pela descoberta de uma única explicação causal, tendo o fator biológico como foco das investigações e com isso estabelecendo normas, medidas e diagnósticos que eram aplicados a todos sem considerar as características individuais do paciente (RAMOS, 1994).

Essa teoria representou e representa até hoje um avanço no conhecimento da biologia humana, proporcionando um saber em relação a diagnósticos, prognósticos e tratamentos que alteraram por completo a vida humana individual e social. No entanto, teve consequências para o cuidado: o atendimento à saúde passou a ser realizado sob o olhar de “uma prática da dissecação do corpo em sinais e sistemas orgânicos, e não pela escuta ou sob contato com a alteridade”, empobrecendo a visão de totalidade do ser humano (CECCIM e CARVALHO, 2005, p. 73).

Considerando estes aspectos reducionistas e mecanicistas, o modelo biomédico como fundamento das práticas em saúde começa a ser questionado. Neste processo surgiram modelos explicativos do processo saúde-doença com foco na multicausalidade, considerando três elementos: o ambiente, o agente e o hospedeiro, onde a saúde seria o resultado do equilíbrio desses aspectos (BATISTELA, 2007). Esse modelo também sofreu contestações em função de oferecer uma explicação baseada nas relações quantitativas entre os fatores causais e não considerando a produção social da saúde-doença. A partir daí foram formuladas explicações que incorporam a produção social da saúde e da doença, permitindo “articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Assim são considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária” (BATISTELA, 2007, p.47). Esse modelo explicativo representou a superação da concepção de unicausalidade, sinalizando a participação da estrutura social na produção da saúde e da doença, assim como, a compreensão dos estilos e modos de vida.

Neste ponto é importante ressaltar a inserção da subjetividade como parte da determinação do processo saúde/doença, dando visibilidade à contribuição da Psicologia para as ações e serviços em saúde, estimulando o desenvolvimento da Psicologia no campo da saúde, nos diferentes níveis de atenção, não só a assistência aos transtornos mentais.

Essa nova forma de pensar o processo saúde-doença se legitima quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como bem-estar propondo transcender o conceito negativo de doença, relacionando os aspectos físicos, sociais e mentais como determinantes desse processo (OLIVEIRA & EGRY, 2000). “Ao acrescentar o bem-estar mental e social à diretriz, a OMS abriu espaço para pensar-se o direito à saúde de maneira mais ampla, e, em consequência, reforçou as correntes que defendiam a abordagem integral ou ampliada do processo saúde e doença” (CAMPOS, 2006, p. 73). Segundo Kahhale (2003),

Esse princípio significou um avanço norteador de políticas de saúde. Agora, além de se preocupar com limites e possibilidades do funcionamento biológico, era necessário avaliar e implementar ações que contemplassem as dimensões psíquicas e sociais dos indivíduos e das populações; o que demonstrou também que todos os povos poderiam alcançar condições de bem-estar (p. 165).

Apesar do significado de ampliação de perspectiva que oferece, o conceito da OMS foi considerado utópico em função da impossibilidade de alcançar um completo bem-estar físico, mental e social. Mesmo com suas limitações operacionais, essa noção de saúde não é abandonada. No Brasil, por exemplo, durante as décadas de 70 e 80 surgiram diversas mobilizações sociais como respostas à crise do sistema público de saúde e aos regimes autoritários da época. Esse movimento, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, que aparece como uma luta pela redemocratização da saúde, relaciona saúde com os direitos sociais e políticos da população (PASCHE & HENNINGTON, 2006). Neste sentido, questionava radicalmente a visão de saúde como ausência de doenças, e de cuidado à saúde como restringindo-se a oferta de procedimentos.

O movimento resultou em importante conquista social ao influenciar a Constituição de 1988, que assegura a saúde como direito dos cidadãos brasileiros, conforme o Art.196, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais, 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).

A Constituição de 1988 interpretou a saúde como sendo resultante das condições sócio-histórico-cultural-econômico da população. Como consequência, Batistela (2007, p.76) afirma que pensar saúde passou a incluir fatores como “acesso à educação, trabalho, transporte, lazer, alimentação, etc” o que implica a “superação do modelo biomédico e a adoção de outros princípios norteadores capazes de auxiliar na necessária reorganização do modelo de atenção à saúde”. A concepção de saúde que embasa a constituição do SUS não se

reduz a uma única dimensão seja, ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva, ao contrário do modelo biomédico. Emerge a necessidade de construção de um objeto complexo voltado para uma perspectiva transdisciplinar e totalizante, requerendo um novo instrumental teórico e prático.

No campo da saúde, o Brasil passou a adotar políticas sociais e econômicas produtoras de bem-estar, com ênfase nos princípios da: “universalidade, o atendimento integral, com prioridade para ações preventivas; e a participação da comunidade” (PASCHE & HENNINGTON, 2006, p.22). A reorganização das práticas e dos serviços se apresenta como estratégia fundamental à ressignificação do processo saúde/doença. Num processo de retroalimentação, evidencia-se a necessidade de superação das práticas mecanicistas. Ao longo de suas duas décadas de existência, o SUS vem buscando oferecer ações que melhorem a qualidade de vida dos sujeitos e da sociedade. Inclui

uma organização do sistema e dos serviços de saúde que se realize conforme a análise do perfil epidemiológico de uma região, a integração das medidas de promoção, prevenção e tratamento, a equidade no acesso, a articulação entre os diferentes níveis de complexidade de atenção, o processo democrático de tomada de decisão e as necessidades percebidas/vividas pela população (CASTRO & MALO, 2006, p. 13).

A organização do sistema dessa forma implica no desenvolvimento de práticas que envolvam a integração das “dimensões da biologia, da ecologia, da sociologia, da economia, da cultura, da experiência de cada um (sua subjetividade) e dos valores e concepções que damos à vida expressas na subjetividade social” (KAHHALE, 2003, p. 167), o que significaria pensar a saúde como um projeto social, reorganizando os serviços em saúde com ações voltadas para prevenção, promoção, cura e reabilitação.

Conforme será aprofundado posteriormente, estas reflexões informaram a produção teórica brasileira acerca dos sentidos e dimensões da integralidade em saúde. No que concerne às atividades dos psicólogos, avançar para uma concepção de saúde-doença-cuidado que supere o modelo biomédico trás conseqüências para a concepção de sociedade que se deseja promover. Inclui o desenvolvimento de métodos e técnicas que extrapolam o próprio setor saúde, na tentativa de reintegrar mente e corpo, indivíduo e sociedade.

A promoção da saúde tem representado uma das possibilidades de operacionalização do conceito ampliado de saúde. Seu surgimento foi marcado pelo Informe de Lalonde, publicado no Canadá em 1974, apresentando um diagnóstico sobre as crescentes mortes prematuras sofridas pelo país e que eram passíveis de prevenção, adotando, desta forma, uma

política de saúde, considerando a promoção da saúde como uma das estratégias para lidar com essa realidade (REMOR, 1999). Uma reorganização dos serviços de saúde que priorize a promoção demanda competências profissionais que correspondam às suas necessidades, levantando entre os trabalhadores da saúde questionamentos e discussão sobre a operacionalização desse modelo ampliado de saúde, efetivando e reorganizando os serviços do sistema público de saúde, para tal Batistela (2007, p. 80) aponta que “somente uma leitura interdisciplinar da realidade é capaz de promover uma maior compreensão da realidade de saúde-doença-cuidado de uma população”, cabendo aos profissionais o desenvolvimento de percepções sobre o contexto sócio-histórico e o processo saúde/doença.

Neste ponto é que surge mais um desafio para a reorganização dos serviços de saúde que é a formação profissional para o trabalho no SUS, tema de discussão do nosso próximo item.

1.1 A Educação dos Profissionais da Saúde

As mudanças ocorridas no cenário do sistema de saúde a partir do conceito ampliado de saúde e a reorganização dos serviços gerados pela implantação do SUS estão levantando discussões e debates sobre a educação dos profissionais de saúde qualificados para a consolidação dos princípios e diretrizes desse novo sistema. Isto significa entender que o “direito à saúde é ter acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e a informação sejam meios de sua produção e reprodução social” (PINHEIRO et al, 2005, p. 15).

Pensando nisso é que a educação para as práticas em saúde tornou-se uma das prioridades do Ministério da Saúde, incentivando o desenvolvimento e a “aplicação de metodologias educacionais voltadas à educação dos recursos humanos permitindo a qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS” (MOIMAZ, et al 2009, p. 02). A própria Constituição Nacional de 1988 do Brasil, já tem previsto em seu artigo 200 as atribuições do SUS, a disposição sobre a formação de recursos humanos no campo da saúde, bem como o desenvolvimento científico e tecnológico na área (BRASIL, 1988).

Entrar no campo de discussão da educação e formação em saúde na leitura de Pinheiro e Ceccim (2005, p. 20) implica questionar o método de ensino, o exercício profissional e as políticas de saúde. Segundo eles, o ensino clássico em saúde é marcado por “uma história do ensino centrada nos conteúdos biomédicos, uma história que organiza o conhecimento de maneira compartimentada e fragmentada”, e com as mudanças no mundo de trabalho na saúde novas exigências são feitas ao ensino das profissões de saúde.

Nesse contexto é que a educação em saúde está sendo repensada, segundo Costa e Miranda (2008),

A educação vem passando por constantes modificações conceituais, estruturais e organizacionais, no esforço de superar a fragmentação do saber e da realidade, instituída e disseminada pelo modelo tradicional de ensino, abrindo espaço para estratégias que primam pela formação de indivíduos críticos, reflexivos, responsáveis e participativos no desenvolvimento da sociedade e na construção da cidadania (p. 506).

As reflexões, discussões e mudanças sobre o processo formativo em saúde emergem da necessidade de formar profissionais condizentes com a realidade e a necessidade social. A formação dos profissionais de saúde não pode mais se limitar ao conhecimento técnico e científico, é preciso a ampliação para um conhecimento mais humano e social referente à arte de cuidar, voltado para ações terapêuticas singulares, com capacidade de atender as necessidades do outro, assim como formular e avaliar os serviços de saúde (CARVALHO & CECCIM, 2006).

Na tentativa de responder a essas questões, os setores da educação e da saúde precisam estabelecer uma parceria em prol do desenvolvimento de ações e articulações conjuntas para a formulação e construção de um processo formativo conjugado com às demandas dessas duas áreas. “A parceria deverá consistir em um processo facilitador da simbiose entre o trabalho, educação e saúde, procurando vencer a histórica dicotomia entre pensar e fazer, entre geral e específico, integrando habilidades teóricas e práticas” (FILHO, 2004, p. 378).

Diante disto, a educação em saúde é vista como um desafio para o trabalho em saúde e um longo caminho a ser construído (CARVALHO & CECCIM, 2006; FILHO, 2004; SAKAI et al, 2001; FEUERWERKER, 2007). Alguns movimentos e ações já estão sendo percebidas neste cenário na busca de superar as deficiências da formação em saúde, e conseqüentemente das práticas de atenção à saúde. A respeito disso, Carvalho e Ceccim (2006) pontuam que houve uma ampliação nas formulações, debates, reuniões em relação ao ensino das ciências da saúde. Esse movimento foi instigado pelas Conferências de Saúde, pela Constituição

Federal Brasileira, pela formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, pela aprovação do Conselho Nacional de Saúde, da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003.

Este estudo não tem a pretensão de discorrer minuciosamente sobre esse processo de formulações e transformações no cenário sócio-político da educação em saúde, apesar de considerar todas muito significativas. No entanto, dará um enfoque para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação, especificamente ao curso de Psicologia.

A aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), lei nº 9.394 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), foi considerada um marco para as mudanças no contexto da educação e formação em saúde, “uma vez que trouxe maior flexibilidade na organização dos cursos e carreiras, proporcionou a valorização da articulação entre instituições formadoras e serviços, definiu o ensino com base no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais” (MARSIGLIA, 2004 apud COSTA & MIRANDA, 2009, p. 512). Em decorrência disso, a organização do ensino passa a ser repensada substituindo os currículos mínimos para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde, orientadas pelo parecer nº1.113 da Câmara de Educação Superior – CES, do Conselho Nacional de Educação – CNE reforçam a necessidade de articulação entre ensino superior e saúde. Elas apontam para a necessidade da incorporação do arcabouço teórico do SUS nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação. As diretrizes curriculares valorizam ainda os postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir formação contemporânea de acordo com referenciais nacionais e internacionais de qualidade (ABEP, 2006, p. 14)

Considerando esses aspectos para a formação em saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais estabeleceram competências e habilidades gerais imprescindíveis para o exercício da profissão: comunicação, liderança, educação continuada, gerenciamento e administração, tomada de decisão e atenção à saúde. Estabelecem ainda, que os cursos da área da saúde possuem como compromisso a formação de profissionais capazes de “desenvolver atenção integral à saúde num sistema regionalizado e hierarquizado” (FEUERWERKER, 2003, p. 25), assim a educação deve estar orientada para a realidade da sociedade, e suas necessidades de saúde.

Essas orientações gerais se configuram como propostas de referência para uma formação profissional abrangente, embasada por uma concepção ampla de saúde, que enfatiza a integralidade pela superação da dicotomia entre a abordagem epidemiológica clínica, o estabelecimento de boas práticas relacionais entre os sujeitos (profissionais e usuários), o uso adequado e eficiente de recursos, o interesse em atualização contínua e a responsabilidade com a educação dos demais profissionais de saúde (COSTA & MIRANDA, 2009, p. 513).

No âmbito da Psicologia, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação foram instituídas no ano de 2004 e a atenção à saúde foi elencada como uma das competências e habilidades requeridas para o exercício profissional, estabelecendo que

Os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética (BRASIL, 2004, p. 205).

A formação de psicólogo no Brasil, no ano de 2006, contou com a articulação do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação no desenvolvimento de um conjunto de estratégias para a educação dos profissionais, trabalhando na preparação de futuros psicólogos qualificados para atuar nos serviços de atenção a saúde da sociedade brasileira (HADDAD, 2006).

Uma dessas iniciativas estratégicas foi a realização da Oficina Nacional da Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) realizada em 2006, voltada para a discussão da presença qualificada da Psicologia no SUS, que no momento, apresenta-se como um desafio, requerendo mudanças nos modos de organização dos Cursos de Graduação de Psicologia (ABEP, 2006).

Este investimento na discussão e reflexão do ensino de Psicologia dirigida ao trabalho no SUS é considerado como um ganho na visão de HADDAD (2006) visto que,

O SUS é um espaço de atuação de toda a Psicologia e não somente daquela voltada aos serviços de atenção direta à população; trata-se de uma forma importante de inserção da realidade brasileira nos processos educativos dirigidos à profissão; trata-se da inserção da formação e da própria formação na luta pelo desenvolvimento do SUS, isto é, insere a Psicologia na luta do movimento sanitaria e convida os cursos de Psicologia a incrementar suas atividades que buscam atender necessidades sociais relevantes (p. 415).

A educação em saúde “é um campo a ser trabalhado do ponto de vista de produção de conhecimento e das práticas sociais. Essa é uma tarefa para todas as profissões de saúde”

(FEUERWERKER, 2007, p.4). E a Psicologia encontra-se neste processo de re/invenção, buscando estabelecer sua identidade profissional e compromisso social, tema do próximo item de discussão.

2. FORMAÇÃO E PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NO SUS E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Este capítulo aborda a formação do psicólogo no contexto das novas diretrizes de assistência à saúde gerada a partir da implantação do SUS, especificamente a que se refere à atenção integral à saúde. Na medida em que os serviços de saúde estão voltando-se para a realidade social, buscando integrar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, espera-se do profissional da Psicologia um novo engajamento e comprometimento social. Assim, discutir formação em Psicologia significa planejar a construção de ações e serviços que sustentem o projeto de integralidade do SUS (ROMAGNOLI, 2006, p. 10).

Vimos no capítulo anterior como os recursos humanos são fundamentais na concretização dos princípios e diretrizes do SUS. A prevalência de transtornos mentais e sofrimento psíquico, por si, já justificaria a necessidade de engajamento dos psicólogos. Parte-se do pressuposto que a construção efetiva desse sistema predispõe a inserção de profissionais adequadamente qualificados, visto que:

O SUS tem a característica de exigir novas habilidades, posturas, conhecimentos e cultura adequados ao momento presente, portanto a formação dos profissionais e a incorporação deles em cada um dos níveis do sistema de saúde devem ser adequadas. Deve-se oferecer uma formação que recupere a visão de complexidade, que incorpore os princípios da integralidade e da intersetorialidade, de forma a desconstruir a cultura clínica dominante que impede a concretização do trabalho em equipe (DIMENSTEIN & SANTOS, 2005, p. 92).

Na literatura encontramos várias críticas sobre a formação tradicional em Psicologia. Os autores Amaral 1999; Dimenstein, 1999, 2000; Boarini, 1996; Spink, 2003 observam que, com a ampliação dos espaços de atuação do psicólogo, novos conhecimentos, habilidades e competências são exigidos do profissional e os cursos de graduação não estão conseguindo oferecer uma formação adequada, especificamente no campo da saúde. Rutsatz e Câmara (2006) realizaram uma investigação, com psicólogos inseridos na rede pública de saúde no Rio Grande do Sul, e observaram como esses profissionais muitas vezes atuam sem a devida clareza do seu papel, prejudicando seu compromisso com a sociedade. A formação profissional foi apontada como um dos principais geradores dessa dificuldade.

Bock (2003) observa que a Psicologia sempre esteve atrelada a questões da sociedade brasileira. Até meados do anos 80, esteve “comprometida com os interesses das elites brasileiras, ora para o controle, ora para higienizar e ora para diferenciar e categorizar” (p. 18). Desta forma, tornou-se uma profissão de difícil acesso aos que tinham um poder aquisitivo baixo, com poucas negociações com o Estado a respeito de seus limites e possibilidades de contribuição social. Complementando,

A Psicologia se instituiu em nossa sociedade moderna como uma ciência e uma profissão conservadoras que não constroem nem debatem um projeto de transformação social [...]. A Psicologia se afastou da tarefa de construção social de um projeto social, principalmente por ter adotado uma perspectiva naturalizante de homem e seu desenvolvimento psíquico. As teorias desenvolvidas tomaram o psiquismo como algo natural que tinha percurso certo. O trajeto do desenvolvimento psíquico estava dado pela natureza humana. Essa concepção afastou as teorias das preocupações sociais e não exigiu, dos psicólogos, um posicionamento, no sentido de adoção de um projeto de sociedade e de homem (BOCK, 2003, p. 2).

Nesta perspectiva justificam-se os questionamentos em relação à formação do psicólogo, “responsabilizada por ser produtora de um profissional liberal e pouco comprometido com as transformações sociais, principalmente no campo da saúde”, tendo o modelo clínico individual como hegemônico nas práticas *psi* e servindo para atender aos interesses da lógica liberal capitalista, adaptando subjetividades para a aceitação do *status quo* (BERNARDES, 2007, p. 105).

A graduação em Psicologia é apontada por diversos autores (ROMAGNOLI, 2006; DIMENSTEIN, 1999; SILVA, 2002; BOCK, 1999, SPINK, 2003; BERNARDES, 2007) por sua afinidade com um modelo curativo e assistencialista, direcionado para o setor privado, especificamente consultórios particulares. Baseando-se em conhecimentos, métodos e técnicas nem sempre condizentes com a realidade sócio-cultural brasileira, conforma-se em um modelo de atuação limitado para as demandas do setor saúde. Isso implica em dizer que o profissional de Psicologia ainda “é formado dentro de um modelo tecnicista, dentro de um ensino sustentado pela formação teórica dos professores, que de maneira geral transmitem o que sabem como se fosse a verdade acerca da subjetividade, desqualificando outras teorias e outras áreas” (ROMAGNOLI, 2006, p. 12). Essa postura acarreta dificuldades para ousar, criar e re-criar novas atuações.

Uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Ensino da Psicologia (ABEP), com o apoio do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), buscou apresentar dados e informações que contribuíssem com as discussões da

formação em Psicologia para atuação no SUS (SPINK, BERNARDES, & MENEGON, 2006). A pesquisa encontrou 14.407 psicólogos trabalhando na Rede Pública de Saúde, vinculados ao SUS, apontando o aumento de profissionais em atuação nesta área no Brasil: “o SUS significa mercado de trabalho hoje e amanhã (...). Uma presença tão forte da profissão em um espaço tão claramente definido merece ser alvo de qualificação” (SPINK, 2007, p. 20). Segundo Spink (2003, p.39) os psicólogos se deparam com a “necessidade de superar os enfoques intra-individuais prevaletentes até recentemente, e adotar uma perspectiva mais globalizante e dinâmica que possibilite entender a saúde/doença como processo histórico e multideterminado”.

Assim, a formação dos psicólogos vem se defrontando com a necessidade de uma revisão teórica e prática, o que inclui re-significar o modelo de atendimento clínico e seu enfoque reducionista da subjetividade humana individualizada. Para pensar esta re-significação, parte-se da premissa que o psicólogo pode construir sua atuação com base em uma visão interdisciplinar do processo saúde-doença, que considere seus aspectos culturais, curativos e preventivos, engaje-se em atividades multiprofissionais, compreendendo o ser humano contemporâneo dentro de seu contexto social, econômico, familiar, entre outras variáveis significantes que envolvam sua vida (ANGERAMI-CAMON, 2006).

Tal modelo de atuação psicológica envolve pensar em questões mais “amplas do que o território do indivíduo, de fato dizem respeito a uma multiplicidade de sentidos sociais, políticos e histórico” (NASCIMENTO, MANZINI, BOCCO, 2006, p. 16). Rompe-se aqui a ideia de uma prática a-histórica, a-social, e com atividades construídas a priori e desprovidas de análises críticas.

Essa proposta de atuação obriga a uma reflexão sobre o papel da universidade e da formação em Psicologia. Nas palavras de Garbin (2006), o que preocupa é que os profissionais ainda são “incapazes de transcender o espaço do consultório e propor um diagnóstico sobre o coletivo e suas intervenções, em uma abordagem integralizadora” (p. 8). Para o autor, os cursos de graduação na área da saúde são, em sua maioria, caracterizados por uma dissociação entre o que se ensina e o que a comunidade necessita. Para adotar uma atitude onde o trabalho é realizado no encontro com o outro, as respostas não estão previamente dadas, mas são produto de um esforço conjunto e solidário na busca de construir novos sentidos e ações (ANDRADE, 2004). A Psicologia pode explicar o processo saúde-doença levando em conta a inter-relação entre a subjetividade individual e subjetividade social (González-Rey, 1997). A formação qualificada de recursos humanos torna-se, assim,

uma preocupação e ao mesmo tempo um processo de construção/desconstrução nas instituições de ensino de Psicologia. Desse modo,

é urgente a reformulação educacional, para que a história da saúde no Brasil faça parte dos meios acadêmicos da Psicologia, aliando a teoria-prática, através da pesquisa, de ampliação de campos de estágios, voluntariado estudantil e tantas outras possibilidades, com vista a promover a discussão e formação crítica (FERREIRA, 2008, p. 14).

Para ampliar seu compromisso social (Bock 1999), originalmente firmado somente com a elite brasileira e estender seu conhecimento a toda população que dela necessite, a Psicologia precisa enfrentar alguns desafios: 1) “o trabalho do psicólogo deve apontar para a transformação social das condições de vida da população brasileira”, mediante entendimento de que mesmo nas intervenções individuais está realizando uma intervenção social; 2) problematizar se a “prática desenvolvida não pensa a realidade e o sujeito a partir da perspectiva da doença”, avançando na direção da promoção da saúde, compreendendo o sujeito como agente de transformação de sua própria realidade; 3) ficar atento ao tipo de técnica e instrumentos de intervenção que adota, criando e inovando as formas de atuação (p. 325). Neste sentido,

Assumir um compromisso social em nossa profissão é estar voltado para uma intervenção crítica e transformadora de nossas condições de vida. É estar comprometido com a crítica desta realidade a partir da perspectiva de nossa ciência e de nossa profissão [...] assumir compromisso social em nossa prática é acreditar que só fala do ser humano quando se fala das condições de vida que o determinam (BOCK, 1999, p. 327).

Pensando nisso é que a ABEP vem promovendo pesquisas e oficinas direcionadas ao debate e reflexões sobre as necessidades de transformação na formação dos psicólogos, visando adequá-los às demandas do SUS, construindo profissionais críticos em relação à realidade social e sua própria formação. A produção científica, segundo Spink, Bernardes e Menegon (2006, p. 226) é uma ferramenta importante para orientar as mudanças no modelo acadêmico hegemônico e principalmente para orientar a “discussão sobre os limites e alcances instrumental teórico-prático da Psicologia para ações do campo da Saúde Pública”, servindo de base para a invenção de modelos ampliados de atuação.

A oficina nacional da ABEP em 2006 teve como tema “Psicologia e Saúde Pública/Coletiva”, adotando como eixos de discussão: a formação em Psicologia e integralidade da saúde e formação em Psicologia e participação social. Cabe lembrar que,

“essas propostas defendem o caráter generalista da formação alicerçada na diversidade de práticas e orientações teórico-metodológicas que circulam o campo da Psicologia” (ABEP, 2006, p. 24), tendo como base as DCN para os Cursos de Graduação em Psicologia.

Como o presente estudo está direcionado à discussão sobre a formação e a construção da integralidade, é relevante resgatar as categorias enfatizadas pela ABEP naquela oficina para a construção da formação de Psicologia sob o eixo da integralidade: 1) Projeto político pedagógico; 2) Política das práticas profissionais na formação em Psicologia; 3) Política de formação docente para o ensino da Psicologia na Saúde Pública/Saúde Coletiva. A primeira temática visa a elaboração e implementação de um projeto pedagógico voltado para a promoção de uma reflexão crítica, produção de conhecimento e ações incentivando novos processos de subjetivação, proporcionando a ampliação do olhar sobre o humano. A segunda temática busca desenvolver práticas multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, visando gerar a produção permanente do conhecimento, além de aproximar as práticas psicológicas e a realidade encontrada na rede pública de saúde. O terceiro ponto diz respeito à capacitação dos docentes para a garantia de efetivação dos aspectos generalistas, multiprofissionais, interdisciplinares, de cidadania e democráticos da formação dos psicólogos (ABEP, 2006).

Seguindo essa perspectiva, Dimenstein e Santos (2005) observam que os profissionais da Psicologia, no desenvolvimento de seu trabalho na rede de saúde pública, podem ser incentivados a criar uma cultura profissional voltada para o “compromisso que articula a responsabilidade profissional, o compromisso ético com a promoção do bem-estar social e a produção de serviços adequados à realidade socioepidemiológica” (p. 95), produzindo um trabalho voltado para a integralidade.

Embora a integralidade seja um dos princípios do SUS, segundo Mattos (2001, p. 02) esta não pode ser entendida somente pela definição formal, constitucional, mas também como “‘uma bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde” necessárias e desejáveis. Assim a integralidade seria um conjunto de valores pelos quais vale lutar, na busca de uma sociedade mais justa e solidária.

Mattos (2001) enumera três sentidos principais para Integralidade. De acordo com o autor, um dos sentidos diz respeito às práticas profissionais, que devem estar voltadas para uma compreensão do conjunto de necessidades que o usuário apresenta, abrangendo não só o conhecimento biomédico, mas a visão da pessoa em sua dimensão biopsicossocial. Este sentido aponta para a superação do modelo fragmentado e reducionista de assistência à saúde.

Este sentido da integralidade implica na

capacidade do profissional de compreender o sofrimento manifesto do outro, ou o risco de sofrimento futuro no contexto do modo de andar a vida deste sujeito com quem se encontra. Isto implica também em compreender, no mesmo contexto desse modo de andar a vida do outro, os significados das ofertas de cuidado que se fazem necessárias. Mais que isso, implica compreender o significado de suas ações e palavras no contexto imediato do encontro concreto (MATTOS, 2007, p. 371).

O segundo sentido da integralidade enumerado por Mattos (2001, p. 50) está relacionado com a organização dos serviços e as práticas de saúde. O autor coloca que esse sentido corresponde “a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais”, modelo utilizado pelo Sistema Nacional de Saúde, que antecede o SUS. Desta forma, pensar em integralidade é pensar também na organização do trabalho, buscando abranger serviços e práticas preventivas e assistenciais, buscando ampliar a atuação através da apreensão das necessidades de saúde da população atendida, superando a fragmentação dos serviços. Implica em trabalhar em rede, na perspectiva da construção da Equipe Integração caracterizada pela articulação das ações e pela interação dos agentes (Pедуzzi, 2001).

O terceiro sentido enfoca a integralidade ensejando políticas públicas, onde Mattos (2001) salienta as respostas governamentais a um determinado problema de saúde, ou problemas de saúde que afligem certo grupo populacional, apontando a importância de que tais intervenções e políticas abarquem tanto a prevenção como a assistência a saúde, tendo um olhar ampliado sobre os sujeitos sobre os quais as políticas de saúde são criadas.

Diante do exposto, podemos correlacionar os sentidos da integralidade discutida por Mattos e as propostas de mudanças do processo formativo dos psicólogos levantadas pela ABEP. Percebemos que a formação em Psicologia está sendo pensada pela Associação a partir de uma perspectiva da integralidade na saúde, aproximando os profissionais da realidade social brasileira, reinventando a prática clínica, oportunizando a potencialização de práticas preventivas, promocionais e curativas, tanto no âmbito individual como coletivo.

A integralidade está sendo pensada como eixo norteador da formação sob a argumentação de que, sendo ela mesma uma diretriz do SUS, organizando os serviços e ações de atenção a saúde, precisa dar suporte a essas práticas através de uma formação adequada. A formação tradicional em saúde, como já discutido, caracteriza-se por seguir um modelo centrado no conhecimento biomédico, com ensino reducionista em relação à complexidade do fenômeno saúde-doença através dos tempos, refletindo em práticas fragmentadas e muitas vezes inefetivas. Essa abordagem tradicional da formação é incompatível com o que demanda

a construção da integralidade, pois os modos de ensinar e de aprender não valorizam uma linha problematizadora e construtivista (CECCIM & FEUERWERKER, 2004). Conceber a formação sob a perspectiva da integralidade tem como finalidade, de acordo com RAMOS (2005, p. 216) “permitir que as pessoas compreendam a realidade para além das aparências fenomenológicas”, demandando re/formulações teóricas e conceituais. Para Pereira (2007), formar para a integralidade significa implementar mudanças curriculares, mudanças na instrumentalização do saber científico e outras questões que envolvem a concepção da integralidade.

Ceccim e Carvalho (2005) enfatizam que a construção desse projeto da integralidade na formação em saúde deve considerar: os cenários de aprendizagem, as metodologias de ensino, a seleção de conteúdo, a avaliação e a orientação ético-política da educação. Os cenários de aprendizagem dizem respeito aos serviços oferecidos pela rede de saúde como um todo, considerando desde a gestão até a atenção à saúde. A formação deve oferecer ao aluno o conhecimento de todos os espaços de atuação em saúde, e assim adquirir maior familiaridade e autonomia profissional no trabalho. Sobre as metodologias de ensino, os autores acreditam que o conhecimento não se adquire somente pela transmissão cognitiva, mas é preciso colocar o aluno em contato consigo mesmo e com a alteridade. É buscar, através de projetos e ações multiprofissionais, incentivar o protagonismo estudantil. Em relação à seleção de conteúdo, deve-se contemplar suporte para as “práticas de cuidado e curativas; aprendizagens da construção, busca e uso de informações; aprendizado sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários [...], seleção de conteúdos coerentes com o critério de competências para o aprender a aprender” (CECCIM & CARVALHO, 2005, p. 90). A avaliação envolve um conjunto de ações aplicadas ao docente, ao discente, à instituição de ensino, aos campos de práticas e aos tutores que permitam uma avaliação geral daquilo que está sendo pedido, ensinado e praticado. A orientação ético-política, entendida como “critério na revisão permanente e a implementação das diretrizes curriculares nacionais deve estar voltada para a afirmação da vida pelo aporte das ciências da saúde, onde conhecimentos biológicos, humanísticos e sociais estabelecem arranjos inovadores e inusitados” (CECCIM & CARVALHO, 2005, p. 91).

A Psicologia está experimentando neste momento esse processo de busca, com várias instituições formadoras discutindo, refletindo, re-significando suas práticas e sua formação, seu lugar na sociedade. E esse movimento “requer assumir a postura crítica e criativa de reconhecer possibilidades e colocar-se um desafio de ‘abertura de possíveis’ (PINHEIRO & CECCIM, 2005, p.13).

Em seguida abordaremos o processo de inserção do psicólogo na rede do SUS, caracterizando a situação do Município de Umuarama-PR.

3. INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA REDE DO SUS DO PARANÁ: A SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE UMUARAMA E DA 12.^a REGIONAL DE SAÚDE

O Estado do Paraná através da lei nº 8.485, de 03 de junho de 1987, regulamentou a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), com a função de formulação e execução de políticas sociais e econômicas em todo território estadual, bem como a garantia de acesso universal e igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SESA, 2009). Os serviços são executados por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde. Para a operacionalização dos serviços o Estado conta com 22 Regionais de Saúde, que constituem instâncias administrativas intermediárias entre a SESA e os municípios.

É através das Regionais que o Estado exerce o seu papel, oferecendo o apoio, a cooperação técnica, a supervisão de ações e investimentos nos municípios e nos consórcios intermunicipais. Em outras palavras, cabe à Regional a responsabilidade de apoiar o município em seus serviços de saúde, promovendo a busca pela qualidade das ações (SESA, 2009).

Este trabalho se desenvolveu na 12.^a Regional de Saúde do Paraná, que tem como sede o Município de Umuarama, com 21 municípios conveniados. O campo de pesquisa se delimitará à cidade de Umuarama, que se localiza na região noroeste do Estado, possuindo uma área total de 1.233 km², e 95.153 habitantes (PREFEITURA DE UMUARAMA, 2009). A cidade é destaque na agricultura, pecuária e agronegócios, bem como centro de referência na área de saúde pública e privada na sua região. O município encontra-se habilitado na gestão plena do sistema de saúde, que é coordenado pela Secretaria do Desenvolvimento Social, que se divide em cinco subsecretarias: Vigilância em Saúde; Média e Alta complexidade; Assistência Farmacêutica; Atenção Básica e Gestão de Recursos Humanos.

Os serviços do Sistema Único de Saúde estão organizados em 23 unidades, sendo nove unidades de Saúde da Família e quinze Unidades Básicas de Saúde. Oferece à população consultas em vinte e uma especialidades médicas, se estruturando em: um ponto de atendimento municipal, 1 hospital para atendimento psiquiátrico, 4 hospitais para atendimento ambulatorial/emergencial/cirúrgico, 1 maternidade municipal e 45 clínicas médicas.

O Município de Umuarama possui uma Secretaria Municipal de Saúde, tendo como ramificação a Seção de Atenção Primária a Saúde, que é responsável pelos programas de

Saúde Mental onde estão inseridos os psicólogos, que são a população de interesse dessa pesquisa. Um dos principais objetivos da Coordenação da Saúde Mental do Estado do Paraná, é implementar a Reforma Psiquiátrica, entendendo a necessidade de garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde, ampliando e reestruturando os serviços extra-hospitalares.

A Política de Saúde Mental é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, e suas ações devem respeitar a realidade regional, onde cada município irá desenvolver seus programas tendo em sua estrutura uma equipe de saúde mental e uma rede de serviços de referência. Desta forma o objetivo da Coordenação da Saúde Mental do Estado do Paraná está em concordância com as políticas do SUS, acompanhando um movimento nacional de Reforma Psiquiátrica.

A política de saúde mental por muito tempo seguiu o modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na internação do paciente. A partir da década de 70 foram observadas no país várias denúncias de violência dos manicômios, denúncias sobre a mercantilização da loucura e teve início a construção coletiva de críticas ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico de assistência oferecido às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Desta forma, o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil se inicia nos anos 70 diante da insatisfação dos serviços oferecidos pelos hospitais psiquiátricos e também acompanhando as mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica acontece em consonância com leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais específicas para os Serviços de Saúde Mental, que buscam formular, criar condições e instituir novas práticas terapêuticas “visando a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura” (BERLINCK, MAGTAZ, & TEIXEIRA, 2008, p. 24). No ano de 2001 aconteceu em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, considerada um marco para a consolidação da reforma sanitária no Brasil como

política do governo, tendo como estratégia de mudanças do modelo assistencial a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (GASTAL et al, 2007).

O CAPS é um programa que faz parte de uma organização dos serviços criada pelas políticas de saúde mental, visando a construção de uma rede comunitária de cuidados, substituindo o hospital psiquiátrico, tornando-se uma referência para o acolhimento e atenção à pessoa em sofrimento mental. O CAPS, desta forma, tem a função estratégica de articular as políticas de saúde mental, aparecendo como o “núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 27), assim, este programa oferece recursos para a construção de uma lógica comunitária de atenção a saúde mental.

O CAPS é composto por uma equipe multiprofissional: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física e outros se houver necessidade. O psicólogo, juntamente com a equipe, realiza diversos tipos de atividades terapêuticas como: atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atendimento domiciliar e aos familiares, dentre outras.

O município de Umuarama possui um CAPS-Ad (álcool e drogas) em parceria com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA) que será abordado adiante. O atendimento é realizado para os 21 municípios consorciados, e o CAPS-Ad oferece atendimento a pacientes que fazem o uso prejudicial de álcool e drogas, sendo realizado um planejamento terapêutico para cada usuário do serviço. As atividades podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupo, possuindo também estratégias voltadas para a prevenção do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Diante da reorganização dos serviços de atendimento à saúde mental, podemos notar a “construção de uma rede de atenção substituta ao modelo centrado na internação hospitalar”, de acordo com os dados do Ministério da Saúde até o ano de 2005 o Brasil possuía 689 CAPS em funcionamento. E com a expansão dos serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos o processo de desinstitucionalização avançou significativamente (BRASIL, 2005, p. 09).

A prefeitura de Umuarama, na gestão de 2004-2008 havia implantado o CAPS I, responsável pelo atendimento para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com a mudança de gestão no ano de 2009 o mesmo foi desativado sob a alegação de irregularidade burocrática. No momento este atendimento é realizado pelo PAMES (Programa de Apoio Mental, Educacional e Social), que é uma iniciativa da prefeitura de Umuarama, oferecendo atendimento médico, psicológico e psicopedagógico para crianças, adolescentes e

adultos, segundo informações colhidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama-PR.

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica foram movimentos significativos para a inserção do psicólogo na rede de serviços de saúde, e de acordo com os dados de pesquisa levantados pela ABEP, atualmente existem 18,6 % de psicólogos atuando nos serviços de saúde mental, sendo 15,71 % inseridos nos CAPS, e 2,85 % em hospitais. Os números apresentados dão visibilidade ao processo de desospitalização e ao investimento na construção de um novo modelo de assistência ao doente mental (SPINK et al, 2007).

Outra iniciativa do Ministério da Saúde foi a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como função reorganizar os serviços de saúde a partir da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, e atuam com “ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças” (PORTAL SAÚDE, 2009). O Programa Saúde da Família (PSF) busca sintonia com os princípios de universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações, gerando com isso novas práticas, associando os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. O programa se propõe a humanizar as ações de saúde, aproximando os profissionais da comunidade (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000). O Município de Umuarama atualmente conta com nove equipes trabalhando no PSF, cada equipe atende em média 4 mil pessoas de acordo com dados da Secretaria da Saúde Municipal, e tem como meta para a política de saúde para o ano de 2010 a implantação de mais quatro equipes. Cabe lembrar que o município possui uma psicóloga concursada para trabalhar no assessoramento das nove equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Recentemente o Ministério da Saúde, a partir da Portaria n.º154 (de 24 de Janeiro de 2008) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF com o objetivo de ampliar a abrangência do escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços. A composição dos núcleos é de no mínimo cinco profissionais da saúde, sendo prevista a participação do psicólogo (BRASIL, 2008). O município de Umuarama não implantou, ainda, o serviço dos NASF.

A cidade de Umuarama também oferece Serviço de Assistência Especializada (SAE) em DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Este serviço realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com DST/HIV e AIDS. O objetivo do programa é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por: médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, entre

outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). As principais atividades realizadas no município de acordo com informação dos profissionais do SAE são: ações educativas (palestras, orientações individuais, campanhas comunitárias, etc.); ações assistenciais (aconselhamento no pré e pós testes de HIV, atendimento com infectologista e ginecologista, atendimento psicológico). A equipe especializada do município é composta por: coordenação, médico infectologista, médico ginecologista, psicóloga, enfermeira, auxiliar de enfermagem e estagiários de enfermagem.

Em relação aos serviços de saúde, o município de Umuarama também conta com o Consórcio Intermunicipal de Saúde/AMERIOS (Associação dos Municípios entre Rios) 12.^a Regional de Saúde (CISA) que é uma associação entre os 21 Municípios da Região Noroeste do Paraná oferecendo serviços de diversas especialidades para a população, entre eles o serviço de Psicologia, prestando assistência ambulatorial e atendimento no CAPS-Ad. A cidade de Umuarama não faz parte dos municípios consorciados, mas compra os serviços oferecidos pelo consórcio, ampliando a rede de atendimento em saúde.

O processo de implantação de consórcio no Paraná iniciou em 1992 devido às dificuldades de contratação de recursos humanos pelo governo estadual para atuar em Centros Regionais de Especialidades, e conseqüentemente a indisponibilidade de oferta pública para consultas especializadas. Desta forma, “os consórcios passaram a assumir, progressivamente, a responsabilidade de organizar e ampliar a assistência médica ambulatorial especializada” (NICOLLETO, JR. & COSTA, 2005, p. 30).

Por definição,

O consórcio é a união de dois ou mais entes da mesma natureza jurídica, e constitui um instrumento para solucionar desafios locais, por exemplo, a ampliação e o ordenamento da oferta de serviços; a compra de serviços e a flexibilização da remuneração de profissionais com pagamento de incentivos; e a otimização dos recursos regionais disponíveis, para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Essas ações propiciam benefícios aos usuários e ampliam a resolubilidade da rede de saúde (MENDES, 2001 apud MULLER & GRECO, 2007, p. 01).

Cabe lembrar que os consórcios são instrumentos importantes para a inserção dos especialistas, considerado como um caminho adequado para o crescimento da assistência especializada no âmbito do SUS, melhorando a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (NICOLLETO, JR. & COSTA, 2005). Este se torna mais um mecanismo possível para potencializar a entrada da Psicologia na rede de serviços de saúde no SUS.

Com isso, percebe-se a formação de um novo cenário de práticas psicológicas na rede de saúde pública, em busca de definições teóricas e metodológicas condizentes com o sistema de saúde vigente, onde psicólogo e usuário do serviço de saúde vivem “um processo transformador e instituinte de novos modos de estar no mundo” (ANDRADE, 2004, p. 347).

Para aprofundar apresentaremos o objetivo, o caminho metodológico tomado por esse estudo, bem como, a discussão e resultados encontrados sobre o desenvolvimento profissional do psicólogo na rede do SUS do Município de Umuarama-PR.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Descrever a formação e as práticas profissionais atuais segundo a percepção dos psicólogos que atuam na rede SUS do Município de Umuarama-Pr segundo tendo como parâmetro o princípio da integralidade na atenção à saúde.

4.2 Objetivos Específicos

De forma mais específica teve como objetivos:

- Descrever a trajetória e as práticas atuais dos psicólogos desenvolvidas no SUS de Umuarama;
- Compreender o significado atribuído por esses profissionais ao papel da Psicologia na rede municipal de saúde;

5. METODOLOGIA

A pesquisa adotou uma metodologia qualitativa e exploratória, visando descrever a formação e as práticas dos profissionais de Psicologia no SUS no Município de Umuarama, tendo como parâmetro o princípio da integralidade. Esta abordagem de pesquisa é caracterizada por descrever os dados colhidos pelo pesquisador “através do contato direto com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes diante dos fatos que envolvem e contexto social” (RIVERO, 2007, p. 290).

O Município de Umuarama se localiza no noroeste do Estado do Paraná, possuindo uma área total de 1.233 km², e 95.153 habitantes. Os serviços próprios do SUS estão organizados em 23 unidades, sendo oito Unidades de Saúde da Família e quinze Unidades Básicas de Saúde. Oferece à população consultas em vinte e uma especialidades médicas, se estruturando em: um ponto de atendimento municipal, um hospital para atendimento psiquiátrico, quatro hospitais para atendimento ambulatorial/emergência/cirúrgico, uma maternidade municipal e quarenta e cinco clínicas médicas. Umuarama também integra um Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA) que é uma associação entre 21 municípios da Região Noroeste visando assegurar ações e serviços de saúde para a população. No setor de Psicologia o CISA oferece serviços ambulatoriais e possui um CAPs-Ad (Centro Atenção Psicossocial – álcool e drogas).

A escolha do Município de Umuarama como campo de pesquisa justifica-se por: (1) ser sede da 12.^a Regional de Saúde do Estado do Paraná; (2) possuir uma Instituição de Ensino Superior com o Curso de Graduação em Psicologia, formando uma média de 40 profissionais psicólogos todo ano; (3) é a cidade de trabalho da pesquisadora que exerce a docência em Psicologia.

Em relação à coleta de dados, a pesquisa envolveu a realização de entrevistas semi-estruturadas com sete psicólogas atualmente atuantes nos serviços de saúde do SUS no município (de um total de dez) (APÊNDICE 1); três informantes-chave, gestores da rede municipal (até a mudança de governo em 2009), sendo dois deles psicólogos (APÊNDICE 2 e 3). A escolha por entrevistar estes ex-gestores do município decorre da mudança de governo municipal ter ocorrido pouco antes da coleta de dados, no início de 2009, pelo fato de dois entrevistados terem formação em Psicologia; e pelo interesse em compreender como a rede de serviços de saúde veio se organizando nos últimos anos.

As dez entrevistas seguiram roteiro semi-estruturado. A entrevista é um instrumento para a coleta de informações diretas dos sujeitos investigados, que permite a “interação entre pesquisador e pesquisado para contextualizar as experiências, vivências e sentidos” (SILVA et al, 2006, p. 01).

O estudo obedeceu às normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa–CONEP (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS) e pela Comissão de Ética da UNIPAR (Universidade Paranaense), autorizando a realização da pesquisa. Após autorização dos órgãos competentes, diante da assinatura do Termo de Autorização e Termo de Consentimento, deu-se início à pesquisa de campo respeitando todos os preceitos éticos.

Além das entrevistas a pesquisadora entrou em contato com o Conselho Regional de Psicologia para levantar possíveis ações do órgão voltadas para fortalecer a inserção do psicólogo no SUS. Foi informada que no início de 2009 mudou a gestão do Conselho, que ainda estava montando a equipe responsável pelas políticas públicas de saúde mental e articulações na área. Também foi contactado o Conselho Municipal de Saúde para verificar as discussões que estavam sendo realizadas sobre o trabalho psicológico no SUS e, segundo consta em ata da última Conferência Municipal de Saúde no ano de 2007, a saúde mental esteve na pauta de discussão, onde foram levantadas propostas para o desenvolvimento do atendimento no município. A pesquisadora teve acesso a ata, no entanto, não haviam descrições das propostas levantadas.

A pesquisadora fez contato pessoal com as dez psicólogas em atuação na rede para solicitar a participação na pesquisa. Destas, 03 (três) se recusaram alegando falta de tempo em função de estarem entrando em período de férias. Todos informantes-chave solicitados (três) aceitaram prontamente participar da pesquisa. As entrevistas com as psicólogas tiveram como focos a formação profissional, as práticas profissionais, a contribuição da formação para o trabalho no SUS, as atividades realizadas e percepções sobre a atuação nos serviços públicos de saúde, dificuldades e gratificação encontradas no trabalho e papel do psicólogo no SUS.

Esse roteiro passou por um pré-teste com uma psicóloga que trabalha em outro município da região de Umuarama. Com o pré-teste foi possível aperfeiçoar o roteiro e prever o tempo estimado das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas em datas e locais escolhidos pelos participantes de acordo com suas disponibilidades. Entre as entrevistados, oito escolheram o próprio ambiente de trabalho, uma escolheu a clínica particular da pesquisadora, uma escolheu sua própria casa. Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e

assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO 1). A duração das entrevistas variou entre quarenta minutos e uma hora.

Com os informantes-chave as entrevistas tiveram como eixos de discussão o contexto político-institucional, o processo de inserção do psicólogo nos serviços públicos de Umuarama e sua contribuição.

Ao término da coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e submetidas a uma análise do conteúdo, definida como “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p. 38). Para proceder à análise dos dados, seguiram-se os passos propostos por essa técnica:

1. Ordenação dos dados e pré-análise: levantamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo (transcrição das entrevistas gravadas, releituras sucessivas do material transcrito);
2. Classificação dos dados em núcleos de significado: a partir da apreensão das idéias centrais, organizadas inicialmente em torno das categorias: formação acadêmica, práticas profissionais e visão do papel da Psicologia no SUS. As categorias elencadas inicialmente foram posteriormente subdivididas em subcategorias.
3. Análise Final e redação: promoção de articulações entre os dados e categorias e os referenciais teóricos da pesquisa.

Na Formação acadêmica serão apresentadas informações sobre a graduação dos psicólogos e sua contribuição para o trabalho no SUS. Nas práticas profissionais incluem-se a identificação do percurso profissional percorrido (experiências prévias à inserção nos serviços públicos de saúde, inserção dos psicólogos no SUS de Umuarama, bem como cursos e atividades de aperfeiçoamento realizadas na rede, além das atividades concomitantes desenvolvidas fora dos serviços de saúde pública). Nas Percepções sobre o papel do psicólogo no SUS são apresentadas suas percepções sobre o papel atual do psicólogo no SUS, bem como potenciais caminhos para sua maior contribuição. A interpretação do material adotou a discussão sobre a construção da integralidade em saúde como eixo de análise, levando em conta os sentidos apresentados por Mattos (2001): relativos a *práticas profissionais, organização dos serviços e formulação e implantação de políticas públicas* buscando apreender a contribuição do psicólogo para construção da integralidade no município.

6. O PSICÓLOGO E O SUS EM UMUARAMA: FORMAÇÃO, PRÁTICAS E PERCEPÇÕES NA REDE MUNICIPAL

O presente capítulo descreve a percepção dos psicólogos da rede SUS de Umuarama sobre sua formação, trajetória e práticas profissionais atuais, bem como sua prática profissional, nas diversas atividades anteriores e posteriores à inserção nos serviços da rede pública de Umuarama. Visa também apresentar a percepção destes profissionais sobre o papel da Psicologia no SUS.

Levando em conta o compromisso ético firmado com os participantes da pesquisa, suas identidades serão preservadas, e suas falas serão referenciadas por letras e números de acordo com a função profissional. Assim, os gestores pela letra “G”, numerados de 1(um) a 3(três) (G1, G2, G3) e as psicólogas pela letra “P”, numerados de 1 (um) à 7 (sete) (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7) em ordem por tempo de formação.

As psicólogas entrevistadas estão alocados nos seguintes serviços:

- a) Centro de Apoio Psicossocial para álcool e drogas (CAPs-Ad);
- b) Programa de Apoio Mental Educacional e Social (PAMES);
- c) Programa Saúde da Família (PSF);
- d) Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para DST/HIV/AIDS, e;
- e) Ambulatório do CISA.

Cabe ressaltar, que no momento da realização da pesquisa o município não tinha nenhum psicólogo ocupando cargo de gestão, mas este profissional já assumiu no governo passado uma Coordenação na Secretaria Municipal de Saúde.

6.1 Formação Acadêmica : descrição e contribuições para o trabalho no SUS

A formação dos profissionais de saúde tem sido alvo de críticas e motivo de reflexões, e a Psicologia encontra-se neste cenário. A crescente inserção do psicólogo nos diversos espaços de trabalho da rede pública de saúde ocasionou a revisão dos saberes e fazeres da Psicologia, questionando a formação e sua adequação para a construção da integralidade em saúde. No grupo entrevistado, em relação à formação acadêmica, cinco das sete psicólogas se

graduaram em instituições do próprio município de Umuarama. As outras duas foram graduadas em instituições de ensino superior estaduais. Sobre o tempo de formação foi encontrada uma variação de 5 a 30 anos, com média de 13 anos. Para fins de identificação, os psicólogos foram divididos em grupos por tempo de formação: 1) Grupo A – formados há mais de 10 anos (P4, P5, P6, P7); 2) Grupo B – formados há menos de 10 anos (P1, P2, P3).

Apesar da variação no tempo de graduação, na maioria dos relatos apareceu uma formação predominantemente voltada para a clínica psicoterápica, como observado nas seguintes falas: “Eu vim de uma formação muito clínica, psicanalítica, naquela de atendimento em consultório fechado, tudo certinho, a mesa tem que ser assim, a cadeira assado, tem que todos os instrumentos estarem ao seu dispor. [...] foi muito para a elite, voltada para elite” (P6A).

Nas entrevistas também foi identificada a influência da psicanálise na formação: quatro participantes adotaram-na como orientação teórica. Duas respondentes adotaram o modelo da Análise do Comportamento¹ e uma filiou-se à Gestalt². A fala destaca essa observação: “Na faculdade na época só tinha isso, ou você escolhia psicanálise e, tinha um grupo de [psicologia] comportamental, nem lembro. Mas só podia fazer um grupo, então não tinha nem dúvida que eu ia para a psicanalítica” (P4A), em outra: “sai da faculdade com clínica, escolar, organizacional e mais aprofundado em psicanálise” (P3B).

Dois participantes salientaram uma ênfase da graduação relativa à aplicação de testes psicológicos. Além de aprenderem a utilizar tais testes, no mercado de trabalho se depararam com serviços voltados para este tipo de avaliação: “na época eu tive um monte de professores em relação à psicodiagnóstico” (P4A). Os testes psicológicos são de utilização exclusiva dos psicólogos e no início da formação em Psicologia no Brasil os profissionais garantiram seus espaços de trabalho utilizando-os para medir, avaliar e selecionar comportamentos na sociedade (DIMENSTEIN, 1998). Apesar da formação destas duas entrevistadas dedicar uma parte do conteúdo para o ensino de testes psicológicos, a maioria das psicólogas entrevistadas não mencionou sua utilização.

Quando perguntado às profissionais sobre a contribuição da formação para as atividades que desenvolvem na rede de saúde pública, as sete foram unânimes em apontar lacunas: “Eu não consigo lembrar da faculdade quando se fala em rede pública não, eu não

¹ Esta abordagem psicológica, também chamada de Análise do Comportamento foi criada por Burrhus Frederic Skinner, cuja filosofia é o Behaviorismo Radical e consiste em buscar “compreender o ser humano a partir de sua interação com o ambiente”(MOREIRA & MEDEIROS, 2007, p.213).

² A Psicologia da Gestalt é também conhecida como psicologia da forma e estuda o comportamento através dos fenômenos perceptuais humanos, assim “a maneira como percebemos determinado estímulo irá desencadear nosso comportamento”(BOCK, 2002, p.61).

consigo. Porque na faculdade era tudo tão certinho, era cinquenta minutos pra você conversar com o paciente, na rede pública é diferente [...] é rápido e sem horas” (P4A). Mesmo entre as entrevistadas formadas mais recentemente a carência de conteúdos sobre a atuação em Saúde Pública foi patente: “A minha formação em saúde praticamente não existiu [...] Em termos práticos e de saúde pública, na minha época não é que deixou a desejar é que não tinha, não tive nada, nada” (P1B). E ainda: “Minha formação, com relação ao que estou fazendo agora, eu não vejo que a faculdade dê tanta base pra você trabalhar na visão do que o SUS quer agora. Que é esse trabalho de grupo, trabalho de comunidade, que na minha época não tinha isso” (P5A).

A organização político-institucional e o funcionamento da rede pública de serviços de saúde foram apontados como pontos muito falhos no processo de formação:

Senti muita dificuldade na parte mais burocrática, de leis, portarias, do que é o SUS, a saúde mental numa unidade básica [...] O que mais senti falta foi isso, de ter um embasamento mais teórico, do que é um Sistema Único de Saúde, o que é uma unidade básica de saúde, como a saúde mental funciona, o que vem a ser um CAPS, como deve funcionar, a portaria, e ai fui aprendendo com a experiência realmente, indo atrás mesmo, lendo, e até de espaço físico, metros quadrados, tem que ter uma sala, um ambiente. (P3B)

Embora as psicólogas entrevistadas tenham apontado carências na formação para o trabalho na rede de saúde pública, duas delas concordam que a universidade ofereceu um bom respaldo teórico e conceitual para a atuação profissional, como ilustra a fala:

Pensar em termos conceituais, de linha filosófica, a minha formação foi muito boa [...] Eu sai da faculdade não tive dificuldades em passar no concurso, eu não acho que conceitualmente tenha sido fraca, em termos conceituais, de abordagem filosófica dá para dizer que foi 8, mas em termos de saúde pública, é zero, não tinha. (P1B)

Uma psicóloga formada na década de 2000 fez referência às discussões realizadas na faculdade sobre os transtornos psicológicos e o processo de desinstitucionalização em curso no país, além da realização de estágio em um hospital público especializado, proporcionando uma experiência no trabalho em saúde mental “O [hospital] foi um estágio que durou o ano todo, mas do que eu aprendi, do que foi passado eu lembro muito bem ainda” (P2B).

Apesar da unânime identificação da insuficiência em relação aos conteúdos relacionados à rede de serviços da saúde pública e às políticas públicas, algumas profissionais percebem um movimento de mudança no processo formativo, na direção de preparar os

egressos para a atuação nos diversos contextos de saúde, sugerindo um interesse da graduação em garantir o lugar da Psicologia no campo da saúde pública. Esse aspecto pode ser observado na seguinte fala: “Hoje eu vejo que a faculdade buscou mais esse social, buscou mais essa vertente de trabalho, [...] é a faculdade saindo dessas quatro paredes. Naquele meu momento de vida, de estudante, eu já sentia que a gente ficava muito preso a clínica, e não é só a clínica” (G3).

Outra evidência deste movimento de inovação é perceptível ao receber estudantes nas unidades do Município:

E esse foi o primeiro ano que começou a ter estágio de Psicologia aqui [DST/HIV/AIDS], só que começou um estágio de observação. [...] Em termos de prática eu vejo que pelos estagiários, parece que a universidade está inovando, parece que está colocando mais coisa de saúde pública (P1B).

É encorajador perceber que, embora ainda de modo incipiente, no atual momento de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia, as universidades são chamadas a repensar sobre o seu papel formativo, de modo a preparar seus alunos para as demandas do sistema de saúde.

6.2 Práticas Profissionais: experiências, atividades e aperfeiçoamento

Este item descreve o percurso profissional das entrevistadas, incluindo atividades desenvolvidas antes da inserção nos serviços públicos de saúde do município de Umuarama, como aquelas em paralelo, desenvolvidas atualmente. Incluem ainda cursos, treinamentos em serviço e aperfeiçoamentos realizados voltados para atuar na rede do SUS. Foram definidas quatro subcategorias: a) experiências prévias; b) inserção dos psicólogos na rede de saúde municipal, c) atividades desenvolvidas, d) capacitação, cursos e aperfeiçoamento profissional.

6.2.1 Experiências prévias à inserção nos serviços públicos de saúde

Em relação aos trabalhos anteriores, a maioria das psicólogas (5) iniciou sua vida profissional atuando em consultórios particulares, voltado para o atendimento psicoterápico individual. Três mencionaram trabalho em instituições de ensino, três realizaram trabalhos em prefeituras na área da assistência social, e duas trabalharam na área organizacional. Houve quatro menções às atividades iniciais no campo da saúde: trabalho em hospital (duas entrevistadas), e trabalho na APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais) (duas entrevistadas).

Segundo Bock (2003), os primeiros estudos realizados sobre a profissão apontaram três grandes áreas de trabalho: Clínica, Escolar e Organizacional, com predomínio da primeira. Nos dados levantados nesta pesquisa também podemos verificar esta realidade, dado o predomínio da clínica, mesmo em profissionais formadas já nos anos 2000: “Logo que formei, montei uma clínica, atendia adulto, criança e adolescente (P3B), ou ainda “Eu me formei [...] desde então eu comecei a atender na clínica” (P7B).

Embora a área clínica desperte um maior interesse nos profissionais, a área Escolar e Organizacional também apareceram nas respostas. No campo das Organizações as profissionais realizavam atividades de consultoria empresarial, recrutamento, seleção, treinamento. Já na área Educacional, foram mencionadas atividades de avaliação, psicodiagnóstico, atendimento em grupo, atendimento individual, atendimento a professores, atendimento a pais e docência.

Podemos observar nos dados a presença de outras áreas de atuação: a área da assistência social e a Psicologia hospitalar, o que não necessariamente reflete na formação acadêmica em nível de graduação, e sim em cursos de pós-graduação (Bardagi et. al., 2008). A fala de uma das entrevistadas ilustra essa consideração: “Sempre que tinha congresso de saúde uma coisa ou outra eu sempre estava interessada em fazer, mais na área hospitalar, aí quando eu terminei a graduação, já sai fazendo a pós em comportamental e fazendo a pós no [hospital y]” (P1B).

Quanto às práticas desenvolvidas pelas psicólogas que trabalhavam na área da assistência social, foram identificadas as seguintes atividades, realizadas por Prefeituras: atendimento a adolescentes em conflito com a lei, atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, visitas domiciliares e atendimento às famílias. Apesar do espaço de trabalho ser identificado como área social, as práticas desenvolvidas não se diferem em muito da natureza do atendimento tradicional individual, embora tendo havido menção a trabalhos de grupo. Também nos hospitais, a ênfase foi no atendimento clínico aos pacientes hospitalizados: “fui convidada para trabalhar em um hospital para fazer a parte clínica”.

(P5A). Também apareceu o acompanhamento a gestantes, com orientações e aconselhamentos. Na APAE as duas respondentes relataram que realizavam avaliação psicológica (psicodianoético), atendimento individualizado para alunos/pacientes, atendimento para os pais e orientação para professores.

Durante a trajetória profissional das psicólogas em outros trabalhos foi identificada, na fala de uma das participantes, a tentativa de realizar uma prática que transcenda as quatro paredes do atendimento clínico tradicional

Esse grupo também onde trabalhei com meninos de rua, pra mim também foi uma experiência boa, porque até então eu não tinha visto nada na universidade desse trabalho de campo, de não ficar trancadinho em uma sala, fazendo aquele atendimento clínico. Lá era totalmente diferente, eu ficava no pátio com as crianças, porque nem todos queriam estar na sala, outros entravam a gente fazia aquele atendimento tradicional. Mas tinha muita coisa de grupo, trabalhar com grupos, acompanhar desde a hora que chega, tomava banho e ia lá para a sala de reforço, daí orientava a professora do reforço. Da hora do almoço, com os pais quando vinham buscar, então era o dia todo mesmo envolvido (P5A).

De modo geral, as atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos contextos apontados acima seguem a estrutura das práticas e do processo formativo tradicional, e diferenças no tempo de formação das entrevistadas não é indicativo de diferenciação nos modos de atuar. A seguir, veremos o processo de inserção dos psicólogos na rede do SUS de Umuarama.

6.2.2 Inserção dos psicólogos nas atividades da rede do SUS de Umuarama

A entrada das psicólogas nos serviços de saúde do Município de Umuarama em sua maioria ocorreu através de concursos públicos, somente uma entrevistada iniciou o trabalho através de contrato, permanecendo assim até o momento. De forma geral, a entrada da Psicologia em diversas instâncias de serviços de saúde, foi possibilitada a partir dos anos 80 com o processo de redemocratização no sistema de saúde e a reorientação dos serviços com a implantação do SUS.

No município de Umuarama houve a abertura de concurso público para alocar os profissionais de Psicologia nos serviços de saúde, considerado como uma conquista no processo de inserção: “na nossa gestão nós tivemos concurso para ampliar o trabalho dentro

do CAPS, trouxemos esse espaço para o psicólogo, ele está conquistando esse espaço [...] (G2).

Em relação à entrada das psicólogas na rede pública do município, duas entrevistadas relataram que permaneceram em seu estabelecimento de trabalho desde a contratação e uma foi transferida por motivos de saúde, no entanto, quatro entrevistadas disseram que iniciaram o trabalho em um estabelecimento de saúde e posteriormente foram transferidas para outro local, devido a re/organização da rede de serviços e mudança de gestão, como mostra a fala

No primeiro ano que comecei, entrei para trabalhar com grupos de gestantes na Unidade Básica de Saúde. Fazia meio período, fazia 20 hrs com esse grupo de gestante e 20 horas era destinado ao PAMES. Oferecia ali atendimento individual, atendimento clínico para crianças, adolescentes e adultos. Esse ano 2009, com a mudança do prefeito, já que meu concurso era para o PSF, eu fui designada para ficar como psicóloga do PSF (P3B).

Sobre o processo de inserção, foi perguntado às psicólogas quais eram suas expectativas quando entraram nos serviços de saúde pública, duas entrevistadas relataram que tinham um certo receio sobre o trabalho público, acreditando que teria muitas dificuldades, no entanto, essa visão foi modificada ao entrarem em contato com o trabalho

Eu imaginava de verdade mesmo, até por conta do atendimento do SUS que a gente vê tanta dificuldade, que é algo assim tão precário, o povo sofre tanto tem que ficar na fila pra conseguir consulta. Eu imaginava que não fosse tão bom, eu tinha essa idéia que fosse uma coisa mais solta, mais largada. E eu fiquei muito feliz de ver que lá não é assim, realmente o pessoal é muito humano, que não tem essa espera, esperam sim, às vezes um médico que demora pra chegar, mais nada assim que eu vejo... Pelo menos o que eu tenho assistido o pessoal é muito bem atendido (P2B).

Por outro lado, cinco entrevistadas colocaram que ao entrar no trabalho imaginaram que poderiam ter um leque de possibilidades para o desenvolvimento de suas práticas e acabaram sendo impedidas pelo formato organizativo dos serviços de saúde e pelos atravessamentos de questões políticas

No início do meu trabalho, era querer consertar o mundo, você via muita coisa errada, muita gente precisando, você querendo dar conta daquilo ali. Quer dizer, no início foi mais e a expectativa muito grande que vinha junto com essa demanda que é muito grande. No primeiro ano eu tive que aprender a lidar um pouco com isso (P3B).

A trajetória profissional de uma das psicólogas nos serviços de saúde do município aconteceu de forma particular, pois a mesma ao se formar passou em concurso público para trabalhar na área da saúde no município, e após dois anos de atuação pediu demissão. Este fato ocorreu em função do sentimento de decepção e desvalorização do seu trabalho gerado pela falta de recursos materiais e do baixo salário:

Teve uma época no meu trabalho, quando eu trabalhava no posto de saúde, que eu levava, não tinha caixa de brinquedos, não tinha brinquedos e eu levava todo material, levava uma sacola todos os dias e trazia, porque eu não tinha material pra trabalho, isso por 2 anos, ganhava muito mal, tanto é que eu trabalhei por 2 anos, e mesmo concursada, estabilizada, eu pedi pra sair e fui embora pra Rondônia, justamente porque financeiramente não estava me valorizando (P6A).

A psicóloga ficou por algum tempo trabalhando em outro estado e retornou ao município passando novamente em concurso para trabalhar na saúde, relatando ter encontrado uma estrutura mais organizada, embora perceba que as questões políticas, ainda, atravessam suas práticas, fazendo com que nem sempre consiga realizar o que deseja: “nem sempre a gente consegue fazer as coisas do jeito que a gente quer, a gente tem toda uma questão política por traz” (P6A).

As falas acima ilustram a discussão realizada por Traverso-Yépez (2005, p. 135) sobre as idéias e significações que permeiam as práticas de saúde, apontando que o cotidiano do atendimento em saúde pública coloca os profissionais em contato com problemas complexos de saúde, que envolvem aspectos de ordem socioeconômica e política, que estão “além do nível de atuação desses profissionais. Assim, o próprio contexto de atuação termina sendo uma fonte de frustração”, e esse sentimento se intensifica entre aqueles que têm outras expectativas e interesses.

O processo de inserção dos psicólogos no município também foi percebido pelos infomantes-chave, os três relataram que o psicólogo vem conquistando espaço no SUS, por outro lado, colocam que apesar dessa conquista, o psicólogo tem possibilidade de ampliar ainda mais sua participação nos serviços de saúde

eu acredito que precisa de mais, precisa consolidar mais ainda, não é suficiente [...] O psicólogo no SUS vai ter que se abrir mais e sair desse leque mais individualista e ambulatorial. Ele tem que ter essa abrangência maior, porque a estrutura está aí, é só criar em cima dessa estrutura e propor, implementar ações dentro dessa estrutura (G2).

Um dos pontos citados por um dos ex-gestores como importante para a inserção do psicólogo na saúde foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no entanto, para essa efetivação será necessária a colaboração do gestor municipal

vejo que há abertura para a equipe saúde da família através dos NASF, porque já preconiza outros tipos de profissionais e o psicólogo entraria aí. Dentro dos NASF seria interessante, já participa dos CAPS. Mas os NASF seria muito interessante porque vai dar essa abertura, depende muito da visão do gestor. Um gestor aberto para isso, se não tiver um gestor aberto ele não vai fazer isso, não vai entender, infelizmente as políticas públicas estão aí oferecidas pelo Governo Federal, mas o gestor muitas vezes não consegue compreender o que pode atingir e acaba não desenvolvendo a política que precisa, a saúde pode avançar muito agora com a contribuição dos NASF (G2).

A visão do gestor municipal é importante para potencializar as políticas de saúde e o processo de inserção dos psicólogos, mas, de acordo com um informante, o psicólogo também tem responsabilidade na conquista desse espaço, no entanto, não está apresentando avanços significativos

[...] vejo que o profissional da Psicologia, ele tem a condição de dentro desse espaço público ter um valor e respeito maior. Porém, vejo que isso para, e a gente não vai a frente. Porque eu digo nós, porque enquanto conselho de Psicologia, profissionais, você tem a condição de ir e enfrentar esses conselhos todos e se colocar como sujeito ativo, onde você vai mostrar aquilo que você faz, do jeito que você faz, com ética com responsabilidade. No entanto, o que tenho visto nos últimos anos, parece que ao invés de a gente ir, enquanto psicólogos, enquanto profissionais, parece que a gente tem recuado, eu não vejo um passo a frente (G3).

A fala da G3 é fundamentada a partir de sua participação na gestão e no processo de inserção da Psicologia na saúde, a mesma coloca em outro relato que ao iniciar o trabalho na rede de saúde pública, exercia a função de supervisora dos outros psicólogos, orientando em suas práticas, realizando grupo de estudos para auxiliar teoricamente na realização das atividades em saúde, porém, neste momento estas ações não estão acontecendo

Há pouco tempo eu conversei com algumas colegas que ainda continuam trabalhando no mesmo espaço, só de uma outra maneira, e ao invés de haver um progresso, onde a possibilidade de estudar, de ter supervisão porque nós precisamos do estudo, a supervisão pelo menos isso eu acredito, que enquanto Psicologia precisa de ter seu espaço, de tempo. Porque numa unidade de saúde você se defronta com muitas questões difíceis até de se lidar, com famílias que tem histórias difíceis de se entrar em contato e que parece que para, mas alguns colegas ainda estão nessa luta, então buscando

ir em frente, buscando fazer alguma coisa. Mas no meu entendimento isso poderia estar indo muito mais (G3).

Essa necessidade de supervisão no processo de trabalho dos psicólogos é colocada por uma das participantes, apontando a importância de ter outro profissional de Psicologia que possa auxiliar na resolução de problemas. A mesma participante coloca que já fez este pedido para a gestão, mas até o momento não foi correspondido.

De forma geral, a inserção do psicólogo nos serviços de saúde pública vem apresentando crescimento. Como percebemos nos relatos acima, algumas ações políticas corroboram para esse movimento, como a criação do PSF, dos CAPS, dos NASF. Ao mesmo tempo, alguns entraves precisam ser superados, como a gerência dos serviços de saúde e a própria organização da classe profissional dos psicólogos.

Foi identificado nos dados, que o psicólogo no município conseguiu uma inserção mais significativa na área da assistência social do que na saúde

Houve uma inserção muito maior do psicólogo nos programas sociais, expandiu bastante. Maior que na educação, por exemplo, na saúde também acho que o psicólogo deixou a desejar, em termos de inserção do psicólogo. Naquilo que estou dizendo falta um movimento de conquista (G1).

A justificativa apresentada pelos gestores sobre a expansão da Psicologia na área da assistência social refere-se à postura profissional do psicólogo inserido neste campo, mostrando estar mais aberto a ações coletivas do que o psicólogo da saúde, e com isso expandiu suas práticas em comunidades e voltados para prevenção e promoção.

6.2.3 Atividades desenvolvidas pelos psicólogos na rede pública

Esta seção descreve as atividades que estão sendo desenvolvidas pelas psicólogas da rede pública de saúde do município. Como visto, as psicólogas estão lotadas em diversos estabelecimentos de saúde, com especificidades no atendimento: CAPS-Ad, Unidades de Saúde da Família, Programa DST/HIV/AIDS, Programa de Apoio Mental, Educacional e Social (PAMES) e ambulatórios de saúde mental no CISA.

Descrevendo um panorama geral das práticas, foram identificadas atividades voltadas para indivíduos e grupos/famílias: atendimento clínico individual (7 entrevistadas); reuniões

de equipe (4 entrevistadas); atendimento a grupo de alcoolistas e drogadictos (3); oficinas de arte (2); visita domiciliar (2); grupo de familiares de alcoolistas e drogadictos (2); atividades relacionadas à orientação/informação do uso de álcool e outras drogas (2); grupo de crianças (2); atendimento a famílias de portadores de DST/AIDS (1); orientação a equipe de DST/AIDS (1), grupo de adultos (1).

No CAPS-Ad as psicólogas estão realizando atendimentos clínicos individuais, grupos terapêuticos, oficinas de arte, atendimento a famílias e orientação/informação sobre o uso de álcool e outras drogas para a comunidade e equipes de saúde.

No PSF, embora ainda não tenham sido estruturados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma psicóloga atua realizando visitas domiciliares, orientação às equipes, triagem e encaminhamentos que se façam necessários. Realiza atendimentos em grupos ou, quando necessário, faz atendimentos individuais ou os envia para outros serviços da rede pública. Cabe lembrar, que o Município de Umuarama atualmente possui nove equipe saúde da família composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários, contando com o assessoramento de uma psicóloga.

No Programa de DST/HIV/AIDS a psicóloga realiza atendimento clínico individual, atendimento a famílias e casais portadores de DST/HIV/AIDS, e orientação à equipe multiprofissional, discutindo casos e capacitando-a para atendimento aos usuários. No PAMES e no ambulatório, são realizados atendimentos clínicos individuais e grupos terapêuticos infantis.

Um dos aspectos importantes para a construção da integralidade são as atividades realizadas em equipes multiprofissionais. Observou-se que no Programa de DST/HIV/AIDS a equipe ainda não possui a rotina de discutir casos de forma sistemática, mas esta ideia faz parte da agenda de trabalho: “Agora as reuniões vão ser marcadas quinzenalmente, mas até agora a gente fez de maneira meio informal [...] sentava todo mundo e falavam vamos conversar” (P1B).

No CAPS-Ad são realizadas semanalmente reuniões multiprofissionais para discutir os casos atendidos e sobre os possíveis encaminhamentos, supondo a construção coletiva de projetos terapêuticos. Participam psicólogos, psiquiatras, enfermeiras, assistente social, técnicos em enfermagem e terapeuta ocupacional:

Nós temos inclusive na sexta-feira uma reunião só da equipe, onde a gente faz essa troca mesmo de falar mesmo do paciente, o que a gente acha que precisa, se muda o projeto [terapêutico], se fica o projeto (...). Como é que o

trabalho está sendo feito, o trabalho com a pessoa e como é que a pessoa está se comportando, o paciente no caso, então a gente interage mesmo (P2B).

No PAMES e no ambulatório são realizadas trocas de informações diagnósticas mais restritas a telefonemas e conversas informais, não chegando a se caracterizar como uma reunião de equipe. A comunicação tem caráter restrito e bastante instrumental, embora tenham havido tentativas de organizar reuniões de equipe no PAMES, o que não se concretizou, como coloca uma psicóloga

A gente sugeriu um horário para sentar, discutir esses casos, isso foi feito uma única vez, por incompatibilidade de horário, cada um com seu horário. Nós cedemos muito nesse sentido, todo mundo deixou seus afazeres de lado, se colocou a disposição para vir à noite, mas não teve essa possibilidade [de continuidade] (P5A).

A falta de apoio da gestão municipal aparece nas entrevistas como uma das maiores dificuldades para a realização das práticas dos psicólogos, tanto para a organização do trabalho em rede, no apoio à integração das equipes, e na instrumentalização de recursos materiais, como a aquisição de brinquedos para o trabalho com crianças.

Emerge também a insuficiência de profissionais para o atendimento na saúde, acarretando filas de espera, sobrecarga de atendimentos, e de acordo com alguns psicólogos o tempo fica restrito dificultando a realização de trabalhos preventivos, promocionais e ampliação dos atendimentos em grupo e nas comunidades: “como psicóloga do PSF sou só eu, a demanda é grande, tem vários pacientes para atender, tem um trabalho muito grande para ser feito [prevenção, grupos], falta tempo [...] geralmente a gente deixa de fazer determinada atividade por conta dessa demanda” (P3B).

Quando perguntados sobre o que consideram como sendo mais gratificante no trabalho no sistema público de saúde, todos os profissionais responderam que a possibilidade de ajudar as pessoas em sofrimento psíquico, em participar do seu processo de melhora, além do reconhecimento pela população atendida:

Você ver o resultado na pessoa, o bem-estar que você consegue com aquele paciente que você está atendendo. Aquele paciente que vem e quer ser curado, que quer fazer um tratamento, que quer se conhecer melhor, dependendo da problemática. É muito gratificante quando aquela pessoa reconhece o trabalho do psicólogo (P3B).

Foi perguntado às profissionais sobre atividades que realizam concomitantemente ao trabalho na rede municipal. Quatro entrevistadas atuam exclusivamente na rede pública. Duas atendem em clínica particular, e uma presta assessoria empresarial. Uma psicóloga comparou o trabalho no setor público e no privado: “O paciente do SUS tem um acesso muito limitado, enquanto que o particular tem toda possibilidade de acesso” (P6A). Por outro lado, esta entrevistada diz não possuir diferença na qualidade do atendimento que oferece aos serviços público e particular.

6.2.4 Capacitação, cursos e aperfeiçoamento profissional

Ao examinar sobre a trajetória das profissionais em relação à educação continuada, ou seja, aquela realizada após a graduação, foi identificado que uma das entrevistadas estava terminando uma especialização em saúde mental e outra possui mestrado na área social. As demais informaram que não realizaram nenhuma especialização voltada para o trabalho na área de saúde pública, mas participam de cursos, palestras e treinamentos oferecidos pelas Secretarias de Saúde do Estado e do município.

A respeito disso, a maioria das profissionais observou que uma das vantagens do trabalho na rede pública de saúde são as oportunidades de curso, treinamento e aperfeiçoamento que o próprio sistema oferece. No momento da pesquisa as entrevistadas estavam participando de um curso oferecido pelo município a todos os profissionais da área de saúde mental, onde são discutidas várias temáticas relacionadas às práticas na saúde, desde o conhecimento sobre o funcionamento dos CAPs até sobre a própria saúde dos cuidadores.

Por outro lado, uma entrevistada entende que o apoio do município para a realização de cursos ainda deixa a desejar. Observou que o investimento feito no profissional é insuficiente e muitas vezes não há incentivo ao aprimoramento por parte da gestão, que não se prontifica a ajudar nas despesas ou oferecer cursos específicos para os profissionais. Compara a situação local com outro município onde atuou: “é um lugar que eu gostei bastante de trabalhar, eles investiam muito na parte do profissional, ofereciam curso, podia sair para fazer curso” (P5A).

Como estratégia de aperfeiçoamento profissional, os entrevistados buscam conhecimento individualmente, procurando estudar sobre os processos de trabalho do local

onde estão inseridos, buscando materiais e orientações com profissionais mais experientes: “aprendi com a prática na verdade, estou aprendendo, todos os dias eu aprendo, eu leio bastante coisa, procuro me inteirar sobre as coisas. Mas, eu vejo que eu aprendo mesmo é com a prática e com os profissionais que são mais experientes” (P6A).

Não foram mencionadas atividades de educação permanente organizadas pela secretaria de saúde.

6.3 Percepções sobre o papel do psicólogo no SUS

Psicólogas e gestores discorreram sobre o papel do psicólogo no SUS. De forma geral, as psicólogas entrevistadas apontaram que não só nos serviços públicos como nos demais locais de trabalho, a “responsabilidade” e a “postura ética” caracterizam a prática psicológica. A habilidade de escuta e a visão humanista também foram apontadas, por algumas das entrevistadas, como intrínsecas à sua atuação. Uma das falas sugere um processo em construção: “na verdade, eu acho que o psicólogo está tentando se achar dentro desse trabalho, da saúde pública, até porque, ele pode até se misturar com outras áreas” (P6A). Esta percepção é reforçada por outra profissional que acrescenta as consequências dessa trajetória da profissão:

O psicólogo na saúde pública é um profissional que ainda está ali engatinhando, acho que faz pouco tempo que o psicólogo passou a ser visto na saúde pública como um profissional que pode e deve estar interagindo multidisciplinarmente. Até então, muitas pessoas conhecem a saúde pública como, ‘vou no médico’, ‘vou no dentista’, ‘vou pegar meu medicamento’, [ou ainda como] reunião de hipertenso, diabético ou ir na enfermeira para medir a pressão (P3B).

O restrito reconhecimento da Psicologia na rede pública fica claro na fala de uma das entrevistadas quando um dos municípios conveniados ao CISA ao receber o encaminhamento de um paciente para a psicoterapia, desconhecem qual o profissional responsável por essa atividade

Para você ter uma idéia até pouco tempo ligaram de um município perguntando para quem (qual especialidade médica) que devia agendar uma pessoa que estava com um retorno, com meu pedido de retorno, para

psicoterapia. Aí ligaram para saber, para você ver como eles não tem um conhecimento apesar de tudo ainda não tem conhecimento (P7A).

A fala de uma das entrevistadas mostra que por vezes também não há um reconhecimento da Psicologia por parte da própria gestão municipal, causando um sentimento de desvalorização

O médico tem que ter a maca para atender, o rapaz do raio-x tem que ter o aparelhinho, mas o psicólogo não precisava nem ter brinquedo, era qualquer cacareco (...). O psicólogo não existe na saúde. Tanto é que vão nos tirar daqui, vão nos levar para um prédio em que há dez anos atrás nós atendíamos (...), que o pessoal saiu de lá porque alaga. Quando a gente trabalhava lá, quando chovia não dava para atender e nos estamos indo para lá e os médicos estão vindo pra cá. E aqui eu pinte a parede porque a gente chegou aqui não tinha para pintar, compramos umas tintas, agora simplesmente chega o pessoal aqui vocês saem e vão para lá (P5A).

Outra questão apontada é sobre o reconhecimento do próprio profissional da Psicologia que muitas vezes não valoriza seu trabalho nos serviços de saúde, necessitando ampliar essa percepção, como mostra o relato

Se valorizando enquanto profissional, valorizando o trabalho que está desenvolvendo, visto que ele está inserido em um trabalho que não é cobrado, mas qual é o valor que é dado para esse trabalho. Eu, enquanto profissional é que vou [ter que] dar esse valor, vou valorizar o meu tempo e o tempo do meu paciente, nesse sentido que eu vejo que esse valor faz uma diferença muito grande (G3).

A fala de um gestor identifica uma atitude retraída das psicólogas na rede: “O psicólogo sai da universidade sem saber qual é o papel dele na saúde pública, ou nas políticas públicas. E isso faz com que o psicólogo entre no sistema muito intimidado, muito retraído. Não conhece o potencial que tem, que poderia desenvolver” (G1). Outro gestor relata que até pouco tempo percebia o psicólogo como um profissional alienado: “teve um período que eu via a Psicologia quase como um E.T., alienado de toda essa outra questão, o psicólogo não sabia entender o que era política pública” (G2). Porém, para esta mesma entrevistada, este cenário vem se modificando e já se percebe o envolvimento de psicólogos em discussões políticas, assumindo funções de gestão e demonstrando compromisso com a sociedade, num processo de superação da visão elitista da profissão: “A Psicologia cresceu bastante, ela saiu daquele espaço mais elitista, só de consultório, ela se envolveu mais com a cultura, se envolveu mais com a sociedade, tem uma participação maior” (G2).

Uma das psicólogas entrevistadas observa a complexidade desta mudança:

Tem que ter um perfil diferenciado, se for aquele profissional que entra na sala 8 horas e sai 11:30 para almoçar, digo para você que vai perder muita coisa [...]. E dependendo da formação também, se ele for formado para isso [atuar na rede pública], vai ser muito fácil, porque ele já vem preparado, mas se ele for formado igual a mim, para tratar uma elite e depois dar de encontro com uma situação que não tem nada a ver com a formação, ele vai ter grande barreira (P6A).

Seguindo essa perspectiva, outra entrevistada coloca que o psicólogo que atua na rede de saúde pública precisa ser adaptável:

Você tem que fazer de tudo um pouco. Não adianta você chegar na saúde pública e você vai ser o psicólogo, aquele que fica lá trancadinho na sua sala esperando o paciente [...]Você tem que ser versátil, você tem que se adequar a equipe, adequar ao paciente, adequar o seu modelo de atendimento. Às vezes você tem que se adequar a diversas demandas (P1B).

Por outro lado, a mesma entrevistada percebe uma certa apatia dos psicólogos que atuam na rede pública, que não buscam o crescimento profissional. Isto se deveria à estabilidade do vínculo público e a pouca cobrança dos gestores: “O funcionário público, devido a pouca cobrança, a estabilidade, e tudo mais, ele tende a ficar muito acomodado. O modelo de gestão tinha que mudar, tinha que ter uma cobrança mais em cima, exigência de curso, de atualização que não tem, daí a gente também não faz” (P1A).

Em contrapartida, algumas entrevistadas referem ser necessária a ampliação dos espaços de reflexão conjunta para o aprimoramento do trabalho: “eu acho que deveria haver mais momentos de discussão, momentos de trocas de experiências, porque às vezes eu me sinto assim, um peixe fora d’água, sem ter com quem discutir” (P6A). Outro aspecto, diz respeito à oferta de educação continuada que possibilite ao psicólogo fazer uma releitura das suas possibilidades de atuação:

a gente precisa mesmo é de formação mais específica dentro da nossa realidade, o que é a realidade dessas pessoas que não tem acesso a cultura, não tem acesso ao conhecimento e a gente atende essas pessoas. Então acho que a gente deveria trabalhar mais o nosso referencial didático, acadêmico, nessa área (P7A).

Foi perguntado às entrevistadas como os psicólogos podem contribuir para o trabalho em equipe de saúde. Os dados apontam para uma certa habilidade do psicólogo em perceber

as questões implícitas nas situações auxilia no trabalho em equipe: “a gente percebe algo a mais do que o outro percebe” (P4A). Outro ponto correlato refere-se à habilidade diferenciada de escuta do psicólogo: “acho que o psicólogo tem uma visão, uma escuta diferente daquela pessoa que está ali todo dia na unidade de saúde [...] depois a gente se reúne e conversa sobre aquele paciente, ou sobre coisas da equipe” (P3B). Segundo elas, estas habilidades enriquecem a equipe na tomada de decisões sobre o direcionamento do plano de cuidado a ser realizado com o paciente.

Apesar da formação acadêmica inadequada para o desenvolvimento das práticas na rede de saúde pública, as entrevistadas entendem que o psicólogo no município vem ampliando sua participação, e demonstra maior clareza sobre seu papel e necessidades de adequação da atuação. Desta forma, os psicólogos também oferecem sua contribuição para a construção da integralidade, já que esta pode ser considerada como um somatório de ações de todos os atores envolvidos com o sistema de saúde. Este aspecto será objeto do próximo capítulo.

7. AVANÇOS E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UMUARAMA: A CONTRIBUIÇÃO DOS PSICÓLOGOS

Como princípio do SUS, a integralidade em saúde tornou-se uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um conjunto de valores pelos quais devemos lutar para a construção de uma sociedade mais justa e solidária (Mattos 2001). O presente capítulo visa discutir a construção da integralidade no Município de Umuarama, tomando como foco as práticas dos psicólogos, apontando avanços e desafios, a partir dos dados coletados em entrevistas. A matriz de análise são as dimensões da integralidade atribuídas por Mattos (2001): aquele afeito às práticas profissionais, aspectos da organização dos serviços e a formulação e implantação de políticas públicas.

É interessante refletir sobre como os psicólogos vêm produzindo suas práticas, e se estas contribuem para a construção da integralidade. Mattos (2001) observa que, desde o movimento da Medicina Integral, vêm sendo realizados esforços para o desenvolvimento de práticas profissionais que superem a visão reducionista e a dicotomia mente-corpo, características do modelo biomédico (Engel, 1977). Isto implica no desenvolvimento de ações guiadas por uma visão abrangente das necessidades dos usuários, além daquelas ligadas a doenças já instaladas, incluindo ações de promoção e prevenção que permeariam a relação entre profissional e paciente.

Na fala de uma entrevistada podemos perceber um esforço de superação da dualidade no atendimento a grupos de gestantes

Com o grupo de gestante, eu trabalhava junto com uma enfermeira, formávamos esse grupo na Unidade de Saúde. Após a consulta de pré-natal, nós sentávamos, fazíamos um círculo e ali elas tiravam todas as dúvidas tanto da parte física, a enfermeira explicava, como da parte emocional. Porque a gestação não muda só o corpo, muda muito, dá muita ansiedade, expectativas, o humor da gestante. Cada encontro era tipo uma temática, a gente ia debatendo, a partir disso era um acompanhamento feito até após a gestação, puerperal (P3B).

O relato mostra um olhar profissional que considera os aspectos subjetivos envolvidos na gravidez (emoções, ansiedades, preocupações), associando-os as mudanças físicas. Este tipo de atividade de grupo, embora ainda não tão prevalente no município, possibilita uma

aproximação entre profissionais de áreas diferentes e pacientes, avançando no sentido do acolhimento e da melhor qualidade da escuta, produzindo cuidado. A fala também indica uma compreensão mais integral quando aponta para o acompanhamento das mulheres no puerpério.

Alguns psicólogos vêm buscando adequar seu método e técnica de trabalho ao contexto sócio-cultural dos usuários de saúde, como ilustra a fala:

A gente tem muito assim, pessoas simples, pessoas até que, em sua maioria, não sabem ler nem escrever. Eu procuro ter muito cuidado com algumas dinâmicas de grupo que eu levo. Eu tenho que dar dinâmica que não tem que escrever, que não tem que ler (...), para não humilhar a pessoa (P2B).

Este tipo de atenção se diferencia do modelo tradicional de atuação, marcado pela padronização de instrumentos, técnicas e linguagem, num trabalho descontextualizado da realidade social e potencialmente patogênico (SILVA, 2002). Em outro relato também se pode identificar inovações nas práticas psicológicas, criando espaços de escuta mais próximos da realidade social e comunitária:

Faço também coisas que são fora da minha prática psicológica, que eu não aprendi, não achei que eu deveria fazer isso, mas eu faço caminhada com eles. A gente divide aqui, como a gente tem poucos profissionais, tem um dia na semana que é o meu dia de fazer caminhada com eles (...). [As caminhadas] servem, na verdade, para melhorar o vínculo que a gente tem com eles, estabelece um vínculo, uma confiança, por exemplo, o dia em que eles têm uma recaída, eles são capazes de chegar ali, no bom dia que eu der, eles falarem “preciso falar com você, porque eu bebi, eu não estou bem”. Talvez se eu estivesse dentro da minha sala eu não tivesse estabelecido esse vínculo, na caminhada a gente vai conversando não só sobre álcool e drogas, a gente vai conversando sobre outras coisas (P6A).

Essas falas ilustram um cuidado sincero, uma atitude profissional capaz de construir novas formas de acolhimento do sofrimento psíquico, transformando o espaço de trabalho em um lugar de articulação entre o mundo particular de cada paciente com a diversidade de ações e invenções terapêuticas (YASUI, 2007). A caminhada conjunta tem potencial efeito terapêutico, fortalecendo o vínculo entre a psicóloga e o paciente, transformando uma conversa aparentemente simples em oportunidade de identificar necessidades e/ou riscos não expressos no atendimento tradicional. Apesar disso, é interessante notar que a realização de uma prática como esta, que foge da dimensão tradicional clínica, não é identificada pelo psicólogo como parte intrínseca da atuação profissional.

A construção da integralidade pode se configurar através da organização dos processos de trabalho voltados para a apreensão das necessidades de ações de saúde apresentadas pelos pacientes. Uma psicóloga que trabalha em um ambulatório especializado, que também oferece atendimentos de diversas especialidades médicas (neurologia, psiquiatria, clínica geral), além de nutrição e fonoaudiologia, está atenta para a necessidade de reorientar o uso de espaços e tempo:

Além de fazer o atendimento direto é nossa função de criar espaços de saúde mental, isso é uma demanda que precisa. Por exemplo, aqui o pessoal vem para ser atendido e eles ficam aqui aguardando. Enquanto isso poderia ser criado uma sala de terapia ocupacional, uma sala de orientação. O psicólogo tem muito que fazer realmente, agora precisa investir nisso [...] Se tivesse uma sala de leitura, uma biblioteca, o psicólogo pudesse ficar trazendo informações, atendendo outras demandas do paciente. Tem muito paciente que fica ai esperando, ficam sentados, dormindo por ai pelos cantos, poderia muito bem ser acolhido, ter um acolhimento, isso o psicólogo poderia fazer (P7A).

Essa prática não está ocorrendo concretamente, mas pode ser considerada como uma “imagem objetivo”, que “tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável” (Mattos, 2001, p. 3). Essa perspectiva traz a possibilidade de inovações nas práticas psicológicas, porém, para isto será necessário sensibilizar outros profissionais e gestores do serviço. Aparentemente esta entrevistada não empreendeu ainda esforços neste sentido, alega deixar a ideia para o próximo profissional que assumir esse cargo já que está se desligando desse trabalho.

Alguns obstáculos também se colocam nas práticas psicológicas para a construção da integralidade, entre eles o desenvolvimento do trabalho em equipe. Vimos no capítulo anterior que em alguns estabelecimentos estão sendo realizadas reuniões de equipe de saúde, porém, em uma das falas pode-se identificar uma dificuldade sobre as relações de poder entre os profissionais, principalmente entre o médico e o psicólogo: “eu vejo assim, que a figura do médico é bem colocada aqui, é o médico, e a gente vive atrás, mais ou menos assim [...] os médicos aqui em Umuarama são vistos dessa forma, como um Deus (P2A).

Levando-se em conta a limitação da ação uniprofissional para o atendimento das necessidades de saúde da população, a busca pela integralidade implica em mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde, para que possam constituir efetivamente uma equipe de saúde multiprofissional (FEUERWERKER, 2002 apud CECCIM & FEUERWERKER, 2004). No caso de Umuarama é importante que essa relação seja superada

e que o psicólogo se sinta com poder de voz dentro da equipe de saúde, participando ativamente na elaboração conjunta de ações e ampliando a comunicação entre os profissionais.

O trabalho em equipe no município também parece não estar sendo visto como um espaço para a transformação dos processos de trabalho, na maioria das vezes o que ocorre é uma troca de informação entre os profissionais, ou conversas informais, este tipo de comunicação é denominada por Peduzzi (2001) como instrumental e acontece de forma restrita entre os profissionais não construindo um agir-comunicativo, como indica a fala

Os médicos ficam lá, até tempos atrás tinha uma porta que dividia, e nós ficamos para cá [...] se eu preciso de um contato ainda facilita pra gente, precisa de um horário com o neuro ele diz “qualquer coisa você marca, fala comigo entre um atendimento e outro”, ou ele dá a liberdade de pegar a ficha do paciente, olhar anotação, o diagnóstico que realmente ele teve. (P5A)

A respeito disso, Pinheiro (2005) coloca que a constituição de equipes multiprofissionais ainda não superou a separação das especialidades, que no cotidiano do trabalho em saúde ela se manteve presente na dissociação dos procedimentos e tarefas, assim como, no relacionamento interpessoal entre os trabalhadores de diversas profissões. Assim, as práticas dos psicólogos no município e da equipe parecem continuar em alguns momentos reproduzindo o modelo individualizado do atendimento, ficando cada profissional responsável pela sua especialidade, não se comprometendo com o trabalho dos outros, dificultando a construção de um projeto de saúde em comum.

Além destes desafios para a construção da integralidade, também aparecem nas entrevistas outros aspectos que dificultam as práticas psicológicas como: número reduzido de psicólogos na rede, falta de apoio da gestão relacionado a recursos materiais e ao oferecimento de cursos de capacitação. Como identificado nas falas: “Se tivesse mais psicólogos no município seria melhor atendido a demanda” (P5A); “a gente sente falta de um carro, que pudesse fazer visitas e não temos” (P6A); “o apoio seria trazer cursos para que a gente possa estar fazendo. Aqui tudo a gente tem que descolar, ir para Maringá, Curitiba. E até para isso fica difícil, você vai fazer, não pode, tem que repor horário” (P5A).

O alcance da integralidade também implica na prática da gestão municipal e como esse princípio está sendo cumprido, pressupõe a implementação de estratégias que permitam à organização da atenção à saúde mais próxima da integralidade, isto sugere respostas a questão de oferta e demanda de serviços e o investimento nos profissionais de saúde.

Outro desafio para a construção da integralidade está relacionado ao desenvolvimento da educação permanente como estratégia de reorganização dos serviços de saúde, criando espaços para que os profissionais possam aprender com o cotidiano do trabalho, problematizando situações e buscando atender a necessidade local de sua população. No município de Umuarama acontece pelo menos uma vez por mês um curso oferecido pelo município aos profissionais de saúde mental, com diversos temas relacionados a essa área acontecendo algumas trocas de experiências informalmente, não se caracterizando como espaço de discussão ou aprendizagem de educação permanente, como ilustra o relato:

Quando a gente tem, são nessas reuniões que eu falei pra você de saúde mental, mas são muito rápidas e a gente não consegue interagir, então eu acho que deveria ter uma união maior, não só relacionado ao serviço público, mas uma união maior da categoria aqui em Umuarama acho que falta” (P6A).

Desta forma, no município de Umuarama percebe-se que a equipe de saúde não possui na agenda a constituição de um espaço de discussão e trocas de experiências e reorganização dos processos de trabalho em saúde mental. Diferentemente do que vem acontecendo na cidade do Rio de Janeiro, como demonstrada na pesquisa realizada por Nunes (2009) sobre as práticas psicológicas na rede de saúde pública, onde os dados apontaram a realização de Fórum de discussão como prática da equipe de saúde, produzindo espaços de aprendizagem e educação permanente.

A pesquisa de Nunes (2009) também apontou para a realização de Supervisão de Rede como estratégia de educação permanente nas práticas da equipe de saúde. No município de Umuarama foi identificado que essa era uma atividade que fazia parte dos serviços dos psicólogos, como mostra a fala: “No nosso trabalho, nós tínhamos um espaço onde nós tínhamos um momento de supervisão, um momento de estudo teórico, ali no posto de saúde central, ao lado da prefeitura” (G3). No entanto, a mesma entrevistada disse que essa atividade não é mais realizada nos serviços de saúde, considerando como um retrocesso para o município. A fala também não menciona a participação de toda a equipe de saúde mental na supervisão, somente os psicólogos, o que pressupõe a continuidade de práticas fragmentadas e voltada para especialidades, representando um obstáculo para a integralidade.

Alguns aspectos da organização da rede de serviços de saúde municipal merecem ser discutidos, pois podem significar movimentos na construção da integralidade e da melhor inserção do psicólogo. A rede vem buscando superar a divisão entre o atendimento oferecido nos Centros de Saúde e a assistência hospitalar, além de avançar nas ações intersetoriais:

[...] na constituição do Sistema Único de Saúde é que o município assumindo a condição de gestão começou a estruturar um serviço de Psicologia dentro da rede pública, tanto que anteriormente o modelo de atendimento era hospitalocêntrico, nós tínhamos um hospital psiquiátrico aqui, que atendia toda a demanda da região e era o único serviço de saúde mental ou de atendimento aos doentes mentais que nos possuíamos. Foi desde a implantação de ambulatórios de Psicologia, mas nós tínhamos uma preocupação de constituir serviços de referência, como por exemplo: aos distúrbios de aprendizado, distúrbios de comportamentos na escola. Foi aí que nós constituímos um ambulatório de atendimento a infância e a adolescência exatamente para servir de referência as escolas (G1).

A inserção de ações coletivas e preventivas e sua integração aos serviços assistenciais ainda se apresenta incompleta, mas já se percebe uma clareza sobre as necessidades de reorganização da rede. A criação do SUS e o Movimento da Reforma Psiquiátrica, de âmbito nacional, impulsionaram o Município de Umuarama a organizar a rede de serviços relacionados à saúde mental,

[A política municipal] era muito pautada pelas propostas do Ministério da Saúde que de alguma maneira motivava os municípios a implantar serviços, até a Constituição dizendo da questão psicossocial. Isso aí foi muito pautado dentro da reforma da Saúde Mental, produzido pelo próprio Ministério, mais pelo Ministério do que pela gestão do município. (G1)

O movimento da Reforma Psiquiátrica, em sua ênfase no trabalho em equipe, parece ter contribuído para aumentar a visibilidade social do psicólogo. Sua inserção no sistema de saúde municipal foi considerada um importante avanço. Segundo o relato de um entrevistado, ainda neste deste contexto, “Nós saímos de uma situação onde não tínhamos nenhum psicológico, nós fizemos concurso público duas vezes para contratação de psicólogos, é uma conquista” (G1).

A criação do Programa Saúde da Família aparece na fala de outro entrevistado como uma oportunidade de ampliação do espaço dos psicólogos: “No meu entender nós tínhamos que ter um psicólogo em cada equipe saúde da família, ou que ele pelo menos rodasse em cada três equipes de saúde da família para ele poder participar de um âmbito maior” (G2). Esta observação reforça que as práticas dos psicólogos não devem ser dissociadas do resto da equipe, se o intuito for caminhar para a superação da fragmentação entre mente e corpo, e entre a atenção básica e os demais níveis de atenção.

No que tange ao atendimento às necessidades dos diferentes ciclos de vida, além da implantação do PSF, do CAPS e do programa de DST/HIV/AIDS, a população infantil e

adolescente conta com o Programa de Atendimento Mental, Educacional e Social (PAMES), abrindo mais um espaço para a atuação do psicólogo, como explica um gestor:

Nós criamos o PAMES, e com isso nós conseguimos agregar o psicopedagogo, o fonoaudiólogo, psicólogos, neurologistas, psiquiatra. E passamos a amparar essas crianças com problemas vindos de escola, muitos daqueles chamados de problemas pedagógicos, que às vezes não eram pedagógicos. Assim, eles passaram a ter um atendimento específico que era no PAMES, mantidos com recursos próprios da Secretaria Municipal de Saúde (G2).

Ainda ocorrem algumas dificuldades na organização do trabalho em rede, por exemplo, a falta de um serviço de referência para encaminhamento da demanda psiquiátrica infantil, como menciona um gestor. Porém, pode-se perceber um investimento do município nas ações de saúde, ampliando sua equipe, oportunizando a inserção do psicólogo. Além disto, aparecem nas entrevistas evidências de desenvolvimento de ações intersetoriais, tentando superar as barreiras estruturais e orçamentárias para construir uma possibilidade de vida saudável para a população. Estas ações não podem ficar restritas à área da saúde, mas passam pela interação de diversas políticas sociais

A gente pode ter essa possibilidade de trabalho porque justamente na Secretaria [Municipal de Saúde] eu fazia a interface da educação, da saúde e do bem-estar [...] Tive essa oportunidade de perceber que esse pequeno trabalho que a gente desenvolve dá para fazer muita coisa, porque nós lançamos esse psicólogo na escola, juntava pais para trabalhar, levamos esse psicólogo nas reuniões de comunidade, nos salões comunitários, levamos esses psicólogos nas reuniões dos CRAS³, dentro do CREAS⁴ e eles participavam de varias situações, desde situações de crianças que foram por algum motivo violadas nos seus direitos (G2).

Uma psicóloga entrevistada participou destas ações intersetoriais: “tinha atuações diretas em colégios, em turmas específicas, pela demanda deles solicitavam nossa ajuda, a gente foi, fez um projeto, fez uma dinâmica, envolveu a assistência social, nós da saúde pública, o fórum, agentes sociais, professores” (P7A). Esta ação sugere que é possível formar parcerias no município em prol de um projeto comum, construindo redes sociais voltados para a produção de uma melhor qualidade de vida.

³ Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) destinado à oferta de serviços continuados de proteção básica de assistência social às famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL).

⁴ Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) responsável pela oferta de atenção especializadas de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL).

Ainda sobre o sentido da integralidade relacionado à configuração das políticas, cabe destacar a participação, conquistada politicamente, de um psicólogo no Conselho Municipal de Saúde, como ilustra o relato:

Fui num Conselho Municipal de Saúde a pessoa que me recebeu disse assim “psicólogo não tem vaga aqui, não tem espaço aqui, você vai ter que frequentar vir a reuniões para você conseguir alguma coisa”, foi o que eu fiz. E na próxima eleição que tivemos nós conseguimos ficar com a vaga dentro do conselho e os médicos ficaram em parceria com a gente porque daí eles perderam o lugar deles. Então, pra mim que estava começando, aquilo lá foi uma história junto com aqueles colegas que me acompanhavam que estavam comigo (G3).

Nascimento, Manzini e Bocco (2006, p.15) observam que a “Psicologia e política têm sido construídas e aceitas, de um modo geral, como territórios separados e em oposição”. Esta participação direta de um psicólogo na formulação de políticas públicas em Umuarama aponta para o rompimento do estereótipo de que Psicologia e a política não se misturam, e sinaliza a possibilidade de superação da lacuna deixada pela formação em relação aos conhecimentos e envolvimento do psicólogo com as questões políticas.

Como vimos, para a construção da integralidade no município alguns desafios precisam ser superados, mesmo porque não se pode negar a existência de obstáculos nos serviços de saúde, e como aponta Costa (2004, p. 94) a “integralidade surge da ausência de algo, como expressão da insatisfação como estas práticas vêm sendo realizadas”. No entanto, percebem-se algumas ações diferenciadas nas práticas dos psicólogos e na organização dos serviços em Umuarama, as quais, mesmo que ainda timidamente, indicam uma tendência, ao longo dos últimos anos, de apropriação dos princípios do SUS, inclusive na construção da integralidade. É importante notar que, com a mudança no governo municipal em 2009, é previsível que mudanças aconteçam e que novas pessoas ocupem os cargos da gestão da saúde. Isto não precisa significar, no entanto, retrocessos neste caminho necessário.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo descreveu a percepção dos psicólogos da rede SUS de Umuarama sobre sua formação, trajetória e práticas profissionais atuais, adotando como baliza o princípio da integralidade na atenção à saúde, tanto no que tange às práticas individuais quanto no que se refere à organização dos serviços e à formulação e/ou implantação de políticas públicas. A partir do material coletado em entrevistas com psicólogos e gestores da rede municipal de saúde foi possível identificar avanços e desafios na integração desta categoria profissional, vislumbrando sua potencial contribuição para superação de limitações características do modelo assistencial atual, de base biomédica.

A formação acadêmica do psicólogo ainda apresenta-se inadequada para o trabalho nos serviços de saúde pública, limitando as possibilidades de atuação do profissional na rede do SUS. Apesar da instituição de Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de Psicologia, que avançam na direção de uma formação mais adequada às necessidades da sociedade, os cursos a que os psicólogos em exercício atualmente tiveram acesso ainda eram caracterizados por conteúdos e práticas fragmentadas e descontextualizadas da realidade social. Apesar de uma variação expressiva no ano de formação (variando entre 1979 e 2004), os entrevistados apontaram importantes lacunas na formação referente ao conteúdo relacionado às políticas públicas e organização e funcionamento da rede de serviços do SUS. Isto gera um ônus extra aos profissionais, em função do tempo necessário para adaptarem-se à cultura da rede pública, e então finalmente poderem situar-se e até propor iniciativas para aperfeiçoá-la.

As práticas profissionais dos entrevistados confirmou a ênfase das atividades voltadas para a clínica psicoterápica individual. Embora a Psicologia venha experimentando uma ampliação no campo de atuação, percebeu-se que a atividade clínica é predominante, especialmente no início da carreira. Cabe notar, porém, que já apareceram experiências enriquecedoras de atuação em Psicologia Social, hospitais, escolas e empresas privadas, embora com menos ênfase.

Os processos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária ensejaram a abertura de concursos na rede municipal e, conseqüentemente a inserção do psicólogo em diversas atividades e serviços de saúde. Observaram-se algumas práticas psicológicas inovadoras direcionadas para a realidade social e as necessidades dos usuários, ampliando o sentido do cuidado e reinventando a prática clínica. Atividades comunitárias e de grupo, atendimento conjunto com outros profissionais e parceria com instituições de ensino se colocam como

exemplos de novas práticas, certamente baseadas em novas percepções e acúmulo de experiências. É possível criar espaços de escuta mais qualificada e reelaborar os procedimentos e métodos da Psicologia de acordo com as necessidades e referências culturais da população.

A identificação dessas práticas inovadoras pode sinalizar para minimizar a dicotomia entre corpo/mente no trabalho em saúde. Por outro lado, mudanças sólidas e sustentáveis pressupõem a ampliação da orientação teórica do profissional voltada para o conceito ampliado de saúde. Constatou-se que esta aprendizagem está acontecendo baseada no cotidiano do próprio trabalho, mas raramente reflete-se em ações coordenadas em equipe. Para que tal ocorra os psicólogos e demais membros das equipes precisam de oportunidades que problematizem seus processos de trabalho. Transformar o serviço de saúde em um cenário de aprendizagem significa apropriar-se da estratégia de Educação Permanente em Saúde, o que não ocorre sem apoio da gestão municipal.

Embora os psicólogos estejam buscando ocupar melhor seu espaço na rede de saúde municipal, ainda são percebidos pelos gestores como tímidos, apresentando pouca visibilidade nas discussões políticas e na participação social. Os próprios psicólogos reconhecem que o trabalho na rede pública demanda adequações que não são triviais, incluindo o desenvolvimento de uma atitude mais flexível à realidade e necessidades da população, que transcenda o cumprimento de ações técnicas, pré-estruturadas e oriundas da formação acadêmica. Já se nota um movimento dos psicólogos neste sentido, mesmo que incompleto: observa-se uma preocupação com a forma de cuidar de seus usuários caminhando para a oferta de ações que respeitem a subjetividade e a singularidade humana em cada encontro com a população. É muito pequena, por outro lado, a participação de psicólogos no planejamento e implementação de ações de promoção da saúde, as quais ainda são subdimensionadas no município. A abertura de concursos públicos para psicólogos pode possibilitar a adequação quantitativa e ampliar o leque de ações. É possível que a criação dos NASFs agregue visibilidade e amplie as práticas dos psicólogos na Atenção Básica, apoiando os serviços do PSF, potencializando as possibilidades de ações dos profissionais.

Na medida em que estas práticas vão se diversificando e adquirindo maior visibilidade, os cursos de graduação poderão perceber melhor delineamento deste mercado de trabalho que se abre. Desta forma, é estratégica a realização de novos estudos que possam contribuir para a reflexão e sistematização de diretrizes para o trabalho do psicólogo no SUS, tanto para benefício da população atendida quanto para a formação de futuros profissionais.

O desenvolvimento do trabalho da Psicologia na rede pública de saúde envolve um processo de desconstrução e construção, de rompimento de barreiras conceituais e práticas, capazes de potencializar o caminhar da integralidade do cuidado. Neste sentido, espero que este estudo contribua para a reflexão e desenvolvimento do trabalho da Psicologia para fazer avançar o SUS.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V L A Rdo. Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. In: KERBAUY, Rachel Rodrigues et al. **Comportamento e Saúde: explorando alternativas**. São Paulo: Arbytes, 1999. Cap. 1, p. 3-9.

ANDRADE, A N de. Para uma dimensão ética da prática em instituições. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 9, n. 2, p.345-353, 2004.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O Ressignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade da Saúde. ANGERAMI-CAMON, V. A (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000, p.07-21.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DA PSICOLOGIA. **A presença Qualificada no SUS como um desafio para a Psicologia: propostas da Oficina Nacional da ABEP**. São Paulo, 2006.

BARDAGI, M. P. et al. Avaliação da Formação e Trajetória Profissional na Perspectiva de Egressos de um Curso de Psicologia. In: **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.28, n.02, p. 304-315, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad.: Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTELA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília and TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.** . 2008, vol.11, n.1, p. 21-28.

BERNARDES, J S. A Psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In: SPINK, Mary Jane Paris. **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap. 4, p. 105-127.

BOCK, A. M. B. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

_____. A psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**, vol.4, n.2, p.315-329, 1999.

_____. Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In: BOCK, A. M. B. (org.) **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003. p.15-28.

BOARINI, Maria Lúcia. A formação(necessária) do Psicólogo para atuar na Saúde Pública. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 1, n. 1, p.93-132, 1996.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**:

promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____, Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF.

Portaria n. 154 de 24 de Janeiro de 2008. Disponível em:

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf. Acesso em: 10/02/2009.

_____, Presidência da República. Lei 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. **Institui a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/lei/15692.htm. Acesso em: 21/09/2009.

_____, Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia**. In: Psicologia: teoria e pesquisa, v. 20, n.2, p. 205-208, mai/ago, 2004.

_____, Ministério do Desenvolvimento Social. **Centro de Referência de Assistência Social**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/paif>. Acesso em: 17/11/2009.

_____, Ministério do Desenvolvimento Social. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/paif>. Acesso em: 17/11/2009.

_____, Ministério do Desenvolvimento Social. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/paif>. Acesso em: 17/11/2009.

CAMPOS, G. W. S. de. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. de et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CARVALHO; Y. M. de; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. de et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CASTRO, M. da G. de; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo (Maringá)**, v.11, n.1, p. 39-43, jan-abr. 2006.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006.

CISA, Consórcio Intermunicipal de Saúde. Disponível em:

<http://www.cisaamerios.com.br/site/cisa.htm>. Acesso em: 20/09/2009.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara M. de. Ensino da Saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesq: Abrasco, 2005. p. 69-92.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p.1400-1410, set-out, 2004.

COSTA, A. M. **Atenção Integral à Saúde das mulheres: Quo Vadis? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das mulheres no Brasil**. 2004. 190 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

COSTA, R. K. S. C. de; MIRANDA, F. A. N. de. Formação Profissional no SUS: oportunidades de mudanças e perspectivas da estratégia de saúde da família. In: **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p.503-517, Nov.2008.

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Psicologia em Estudo**, Natal, v. 1, n. 3, p.53-81, 1998.

_____. (Des) Caminhos da Formação Profissional do Psicólogo no Brasil para a sua atuação no campo de saúde pública. **Revista do Departamento de Psicologia-UFF**, v.11, nº1, p.17-25, 1999.

_____. 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. 1, n. 5, p.95-121, 2000.

DIMENSTEIN, Magda; SANTOS, Yalle Fernandes Dos. Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde da rede básica. In: BORGES, Livia de Oliveira. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. Cap. 4, p. 91-108.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 8, n. 196, p. 129-136, abril 1997.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. In: **Revista ABENO**, n. 3, v. 1, p. 24-27, 2003.

_____, Educação na saúde, educação dos profissionais de saúde, um campo de saber e práticas sociais em construção. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007.

FERREIRA, Neydemar Cabral de Lima. A formação e a atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde (SUS). **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p.12-15, 2008.

FILHO, A. A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. In: **Interface-**comunicação, saúde, educ. Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, p.375-380, mar/ago, 2004.

GARBIN, C A S et al. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **Revista da Abeno**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.6-11, 2006.

GASTAL, Fábio Leite et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. **Rev. Psiquiatria**, Rio Gd. Sul v. 29, n. 1, pp. 119-129, 2007.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GONZÁLEZ-REY, F. Psicologia e Saúde: desafios atuais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p.275-288, 1997.

GUTIERREZ, Paulo Roberto; OBERDIEK, Hermann Iark. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A; JUNIOR, L. C (Org). **Bases de Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 01-25.

HADDAD A. E. et al. (org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1110 Acesso em: 29 de agosto de 2007.

KAHHALE, A. M. P. Psicologia na Saúde: em busca de uma leitura crítica e compromissada. In: BOCK, A. M. B. (org). **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001, p. 39-64. Disponível em: http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf. Acesso em: 20/10/2008.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 369-383.

MINISTERIO DA SAÚDE, **Serviços de assistência ambulatorial em DST/HIV e Aids e Serviços de assistência especializada em DST/HIV e Aids**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 10/10/2009.

MOIMAZ, S. A. S. et al. A re/organização dos serviços de saúde por meio da Educação Permanente. In: **Odontologia e sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2009. p.1-7.

MOREIRA, M. B. MEDEIROS, C. A. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. Alegre: Artmed, 2007.

- MULLER, E. V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Paraná. In: **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo>. Acesso em: 20/09/2009.
- NASCIMENTO, M. L. do; MANZINI, J. M.; BOCCO, F. Reinventando as práticas psi. In: **Psicologia e Sociedade**, v.18, n.1, p.15-20, jan/abr. 2006.
- NICOLETTO, S. C. S.; JR, C. L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: a caso do Paraná, Brasil. In: **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.29-38, jan-fev, 2005.
- NUNES, A. P. A. de. Desafios e práticas dos psicólogos na rede básica de saúde do Município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil, 2009.
- OLIVEIRA, M. A. C. de; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.1, p.9-15, mar. 2000.
- PASCHE, D. F.; HENNINGTON E. A. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. IN: Castro, A.; MALO, M. (org). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. In: **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.
- PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p.144-181.
- PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesq: Abrasco, 2005. p. 13-35.
- PINHEIRO, Roseni, et al. Demanda em Saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da demanda: direto à saúde, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesq: Abrasco, 2005. p.11-31.
- PORTAL SAÚDE. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em: 11/02/2009.
- PREFEITURA DE UMUARAMA: perfil municipal de Umuarama. Disponível em: <http://www.umuarama.com.br/conheca/index.html>. Acesso em: 07/02/2009
- RAMOS, Denise Gimenez. **A Psique do corpo**. Uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus, 1994.

RAMOS, M. Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafios para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. p.207-221.

REMOR, Eduardo Augusto. Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. **Psico**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p.205-217, 1999.

RIEHELMANN, J. C. Medicina psicossomática e psicologia da saúde: veredas Interdisciplinares em busca do Elo Perdido. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.), **Psicologia da saúde: um novo significado para prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000, p.171-199.

RIVERO, C.M.L. A etnometodologia aplicada à pesquisa qualitativa em psicologia e educação. In: Baptista, M. N.; CAMPOS, D. C. **Metodologias de pesquisa em ciência: análises quantitativas e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2007. p.289-296.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A Formação dos Psicólogos e a Saúde Pública. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-rei, v. 1, n. 2, p.1-14, dez. 2006.

RUTSATZ, S N B; CÂMARA, S G. O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. **Aletheia**, Canoas, n. 23, p.55-64, 2006.

SAKAI, M. H. et al. Recursos Humanos em Saúde. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A; JUNIOR, L. C (Org). **Bases de Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 111-124.

SILVA, R. C. A formação em Psicologia para o trabalho em saúde pública. In: Campos, F. (org) **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SILVA, G. R. F., et al; Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. In: Online Brazilian Journal of Nursing, vol 5, n.02, 2006. Disponível em: www.uff.br. Acesso em: 17/11/2008.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

SESA – **Secretaria de Estado de Saúde do Paraná**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=410>. Acesso em: 07/02/2009.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentido**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

SPINK, M J et al. (Org.). A inserção do Psicólogo em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In: SPINK, Mary Jane Paris et al. **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap. 2, p. 53-79.

SPINK, M. J., BERNARDES, J. S., MENEGON, V.S.M. **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**, 2006. (Relatório de Pesquisa). Disponível em: www.bvs-psi.org.br Acesso em: 12/11/2008.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente IN: Castro, A; MALO, M. (org). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

TRAVERSO-YÉPES, M. Idéias e significações que permeiam as práticas de saúde: a perspectiva sobre o atual sistema de atendimento. In: BORGES, Livia de Oliveira. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. Cap. 5, p. 109-140.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudo avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p.155-167.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas para os psicólogos da rede de saúde de Umarama/Pr.

1. Como foi a sua trajetória profissional até sua inserção na saúde pública? [onde trabalhou? Quais atividades desenvolvia?];
2. Como foi sua entrada nos serviços de saúde pública? [quais eram suas expectativas?]
3. Após a graduação você fez algum curso ou treinamento voltado para o trabalho na rede pública?
4. Você exerce atividades profissionais fora da rede pública de saúde? Quais?
5. Quais são as atividades que você desenvolve neste serviço? [Atividades de prevenção e/ou promoção? Atividades em grupo?]
6. O que você considera mais gratificante no seu trabalho? [Por quê?]
7. O que você considera como dificuldades na realização de seu trabalho? [como lida com essas dificuldades?]
8. No seu trabalho neste serviço você interage com outras profissões? [Como? Exemplos?]
9. Como os psicólogos podem contribuir para o trabalho em equipe de saúde?
10. Como você analisa a sua formação na faculdade à luz das atividades que desenvolve na rede pública? [justificar, exemplos];
11. Para você o que caracteriza a atuação dos psicólogos na saúde pública?
12. O que você considera necessário para aprimorar o seu trabalho e dos psicólogos na rede pública? [você. sente necessidade de algum tipo específico de apoio?]

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para Informante-chave

1. Como se organiza a rede de serviços de saúde mental no Município de Umuarama? [mudanças durante o último governo municipal?]
2. Como você percebe a inserção dos psicólogos na rede de saúde no Município de Umuarama? [além dos serviços de saúde mental? mudanças no último governo? Concurso?]
3. Na sua gestão, o que o governo municipal esperava em termos da ação dos psicólogos no SUS? Na prática o que aconteceu?
4. Como funciona o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA) e quais as atribuições dos psicólogos?
5. Como os psicólogos podem contribuir para a plena implantação dos princípios do SUS?
6. O que entende que é necessário fazer em termos da gestão municipal para ampliar a contribuição dos psicólogos?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista para Informante-chave (psicóloga, ex-gestora)

1. Como se organizava a rede de serviços de saúde mental no Município de Umuarama durante sua gestão?
2. Como foi sua experiência na gestão e na participação em relação a inserção do psicólogo na saúde pública no Município de Umuarama?
3. Como você percebe a inserção dos psicólogos na rede de saúde no Município de Umuarama?
4. Como você analisa a formação em Psicologia para o desenvolvimento do trabalho na rede pública de saúde?
5. Como os psicólogos podem contribuir para a plena implantação dos princípios do SUS?
6. O que entende que é necessário fazer em termos da gestão municipal para ampliar a contribuição dos psicólogos?

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE PARANAENSE – UNIPAR**

Reconhecida pela Portaria - MEC Nº 1580, DE 09/11/93 - D.O.U. 10/11/93

Mantenedora: Associação Paranaense de Ensino e Cultura – APEC
DIRETORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DA PESQUISA E DA PÓS GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA – COPIC

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPEH)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**Nome da Pesquisa...:**

Práticas dos Psicólogos no Sistema Único de Saúde em Umuama-PR.: um caminho em construção.

Pesquisador(es): Carina Tatiane Carneiro**Orientador:** Prof. Dr^a Adriana Cavalcanti de Aguiar**Para a realização desta pesquisa, eu (participante da pesquisa e/ou responsável por um participante) serei submetido a realização dos seguintes procedimentos:**

serei submetido a entrevista semi-estruturada gravada sobre meus conhecimentos em relação as práticas psicológicas no SUS.

Riscos: não apresenta riscos**Após ler e receber as explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:**

- 1 - Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2 - Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de permitir minha participação ou de qualquer indivíduo sob minha responsabilidade de estudo;
- 3 - Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

Declaro por meio deste, estar ciente do exposto e concordar com minha participação na pesquisa, assim como qualquer indivíduo sob minha responsabilidade.

Nome do voluntário / Responsável:

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____, ____/____/____

Eu CARINA TATIANE CARNEIRO, declaro por meio deste que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

CPF: 007.023.399-38

RG: 71414809

Assinatura do pesquisador: _____, ____/____/____