

“A Vida é Mais Forte do que as
Teorias”¹
O Psicólogo nos Serviços de
Atenção Primária à Saúde

“Life is stronger than theories”¹

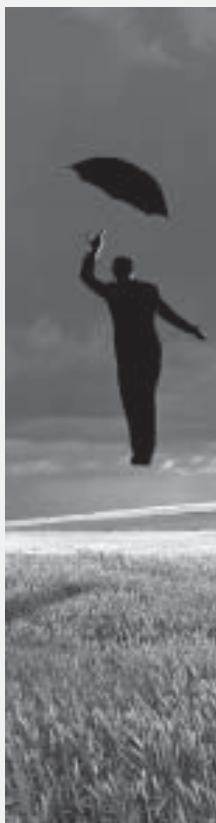
The psychologist in the primary health care services

**Teresa Cristina
Soares**

Universidade
Federal
de Juiz de Fora

Artigo





Resumo: O artigo traz uma reflexão acerca do papel e da função do psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde a partir da apresentação de relatos da bibliografia sobre a atuação desse profissional em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Programa de Saúde da Família (PSF). Mostra exemplos concretos de atuação a partir de vários referenciais teóricos da Psicologia. Discorre sobre a formação do psicólogo, ainda eminentemente clínica e de caráter elitista, com pouco enfoque nas questões de saúde pública do País e na necessidade de se repensar o ensino em função das demandas e necessidades da população.

Palavras-chave: psicólogo, saúde pública, ensino.

Abstract: The article brings the reflection about the role and function of the psychologist in the primary health care services based on the presentation of reports of the bibliography about the actuation of this professional in health basic units and in the Family Health Program. It shows examples of the acting in several theoretical references of Psychology. It reasons about the psychologist formation, still primarily clinic with elitist character and little focus in the public health questions in the country and about the need of rethinking the teaching in function of the needs and necessities of the population.

Key words: psychologist, public health, teaching.

*Alguma coisa está
perdida. Vá
encontrá-la!
Vá e observe que
ela está atrás dos
propósitos. Perdida
e esperando por
você. Vá!*

R. Kipling

O conceito de saúde hoje, mais do que nunca, vai além da simples ausência de doença, e as práticas em saúde têm procurado acompanhar essa idéia, embora, a nosso ver, de maneira ainda incipiente. Mas não há como negar que o Programa de Saúde da Família (PSF) traz um grande impulso nesse sentido, mostrando que, para compreender o contexto saúde-doença, não se pode deixar de lado as questões sociais, econômicas e culturais que com ele se relacionam, já que o que se pretende é ampliar as ações que visam à melhoria, não apenas da saúde entendida no seu sentido biológico mas também das condições de vida da população.

Em alguns Municípios, como em Juiz de Fora (MG), por exemplo, há poucos anos, ao se estruturar os serviços de saúde mental, foram

feitas discussões a respeito da equipe mínima que seria formada nas unidades básicas de saúde (UBSs), não somente pelos programas de saúde mental mas também em toda a rede assistencial municipal. O PSF estabelece que a equipe mínima é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nesse município, surgiu como reivindicação dos psicólogos a sua inclusão nas equipes das UBSs, o que não foi aceito por parte dos gestores sob a argumentação de que o psicólogo, não sendo um generalista, seria mais adequado à função de supervisão e monitoramento dos níveis secundários e terciários (Ronzani, 2000).

A argumentação se fundamentava no fato de que o psicólogo é visto como um profissional eminentemente 'especialista', calcado em

teorias clínico-terapêuticas de caráter essencialmente curativo. Essa representação se deve à formação tradicional e dominante dos órgãos formadores, com predominância da Psicologia clínica, voltada quase que exclusivamente para a psicanálise e direcionada para práticas clínico-terapêuticas remediativas e curativas, sem contemplar o trabalho interdisciplinar. Esse contexto leva a um reducionismo do processo de saúde-doença, sem considerar os vários aspectos envolvidos na saúde, o que, no entender de Ronzani (2000), e com o qual concordamos, reproduz o modelo da formação médica, com a diferença de que, neste, faz-se uma "medicalização" do processo do adoecer e, no caso da Psicologia, há uma "psicologização" desse fenômeno, sem que se reconheça sua relevância social para a promoção da saúde coletiva.

Em julho de 2002, quando ministrávamos um curso de capacitação para enfermeiros do PSF de 32 municípios do Estado de Minas Gerais, aproveitamos a oportunidade para lhes perguntar se, na sua opinião, haveria lugar para o psicólogo na equipe. Esboçamos algumas questões e pedimos que respondessem por escrito. Todos os que responderam, 34 enfermeiros, afirmaram que sim. Na visão dessas pessoas, o psicólogo poderia atuar auxiliando de maneira geral no tratamento e no atendimento à população, na realização de grupos, em atendimentos individuais e no suporte à equipe em suas dificuldades internas de relacionamento e de atendimento à demanda. Os casos mais frequentes mencionados pelos enfermeiros relacionados a transtornos mentais estavam associados à depressão, alcoolismo, doenças mentais e conflitos familiares.

Atualmente, está em andamento, na Câmara Municipal de Juiz de Fora, o Projeto de Lei nº 08, do vereador Romilton Antônio de Faria, que trata da disponibilização de serviços de Psicologia nas Unidades Básicas de Saúde do

município (Juiz de Fora, 2004). O Conselho Regional de Psicologia, CRP-04, Setorial de Juiz de Fora, tem subsidiado e acompanhado de perto os debates. No entender de Ronzani (2004), essa é uma discussão apropriada, mas a inserção do psicólogo na Atenção Primária à Saúde (APS) deve fazer-se acompanhar de um aprofundamento de questões relacionadas à sua formação para o trabalho na APS, à sua real importância e seu papel na APS, à preocupação com a estruturação e orientação do trabalho, para que se tenha o cuidado de não se fazer uma simples transferência dos consultórios para os postos de saúde e ambulatorios.

Em pesquisa realizada com psicólogos que atuam em diversos serviços da rede pública de saúde do município de Juiz de Fora-MG, Ronzani (2000) constatou que, em relação à função do psicólogo na equipe de saúde pública, o perfil encontrado é eminentemente clínico, em geral havendo apenas uma transposição da clínica particular tradicional para as instituições públicas, com atividades que denomina de clínico-remediativas, o que demonstra a vinculação do psicólogo ao modelo médico, decorrente dos modelos de formação desses profissionais. Essa transposição se dá de forma acrítica, sem uma adequação e contextualização à realidade sociocultural das comunidades e às ações em APS.

Essa vinculação na formação parece ocorrer também, na prática, entre o trabalho do médico e do psicólogo. Cardoso (2002) afirma que, em trabalho realizado em Centros de Saúde de Belo Horizonte (MG), uma das dificuldades encontradas foi a falta de esclarecimento da equipe de saúde e, em especial, dos médicos, acerca do papel do psicólogo. Acrescenta que, da aceitação do psicólogo por parte desses profissionais, principalmente dos médicos, depende a aderência dos pacientes aos grupos terapêuticos.

Outro dado importante é a vinculação da noção de prevenção restrita à de ausência de doenças e a pouca familiaridade do psicólogo com o conceito de promoção da saúde, sendo que as principais dificuldades relatadas pelos entrevistados de Ronzani (2000) em sua pesquisa foram as institucionais, como as financeiras e a falta de recursos humanos e materiais. É digno de atenção o fato de não terem sido mencionadas as dificuldades teórico-metodológicas para a prática em saúde pública, “apesar de a maioria ter apontado fracos subsídios teórico-práticos na graduação para o trabalho em saúde pública e apresentar uma dificuldade de definição de embasamento teórico para sua prática” (p.22).

No PSF, os princípios fundamentais de prevenção e promoção da saúde, contextualizados à realidade local, exigem o trabalho interdisciplinar, de forma a abandonar o modelo tradicional centrado na figura do médico como possuidor do poder de cura. Alguns entraves nesse sentido são apontados como dificuldades em relação à atuação junto à equipe interdisciplinar, especialmente em relação a alguns médicos, que, além de não se envolverem, não acreditam no trabalho do psicólogo e ainda se recusam a encaminhar pacientes para o grupo de psicoterapia (Cardoso, 1999).

Clavreul, apud Figueiredo (1997, p.51), nos ensina que, malgrado todas as dificuldades, em princípio, os lugares onde médicos, psicanalistas e psicólogos se encontram são sem rigor e, por isso, tudo pode ser dito: “Na melhor das hipóteses, são lugares de transição, onde se afirmam vocações; na pior, pântanos onde se afundam veleidades”. Optamos por apostar na primeira hipótese. Sejam quais forem os motivos que levam a pessoa a procurar ajuda, através de um ou outro profissional, há sempre um fio condutor, que são os próprios pacientes, pois todos estão ali buscando soluções para o seu sofrimento.

A finalidade do PSF é o acompanhamento da clientela, dentro do seu contexto socio-cultural, de forma a aproximar a família, a comunidade e os profissionais, com vistas principalmente à promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população. A inserção do psicólogo na equipe de saúde da família também deve visar à promoção da saúde da população no que concerne à atenção para com os aspectos psicológicos, tanto em termos de prevenção quanto de tratamento (Cardoso; Santos, 2000).

Nessa conjuntura, uma das funções do psicólogo pode ser o acolhimento dos novos pacientes, fazendo encaminhamentos, quando necessário, intervenção psicossocial, desenvolvendo oficinas terapêuticas, atendendo pacientes graves, fazendo visitas domiciliares e proporcionando suporte familiar, especialmente para aqueles portadores de transtornos mentais. As chamadas oficinas de trabalho realizadas com os clientes podem ser uma das atividades desenvolvidas no PSF para usuários de saúde mental, mas devem visar a algo mais além de simplesmente ocupar o seu tempo (Ronzani, 2001). Devem possibilitar, especialmente no caso dos portadores de transtornos mentais, maior inter-relação com a comunidade e um resgate de sua cidadania através do incentivo ao convívio social e, inclusive, com o aprendizado de funções laborativas. Dessa forma, além dos usuários da saúde mental, toda a comunidade pode ser envolvida e convidada a participar das atividades. O trabalho com usuários de saúde mental pode incluir ações com as famílias, fornecendo suporte para as dificuldades encontradas em se lidar com seu familiar, proporcionando maior adesão e participação no tratamento, tanto do usuário quanto do familiar. Além disso, as oficinas de trabalho incentivam o resgate da cidadania e a reinserção social.

O trabalho na comunidade com as famílias em geral, e não somente com as dos usuários

de saúde mental, pode incluir os grupos familiares e a elaboração, com cada família, de um projeto de vida com vistas à sua autonomia, monitorado pelos profissionais da equipe (Lancetti, 2000). Nesse contexto, nenhuma família é considerada desestruturada, mas com uma configuração e um equilíbrio próprios, onde o objetivo da intervenção é "romper essa 'estrutura' e gerar outra mais solidária, mais tolerante e incitadora do desenvolvimento pessoal e social".

Cardoso (2002) aponta, como objetivos gerais da atuação do psicólogo no PSF, independentemente da clientela atendida, os de atuar junto à comunidade, fornecendo e difundindo informações sobre saúde mental; identificar pessoas portadoras de doenças orgânicas crônicas com comprometimentos emocionais que demandem assistência psicológica; possibilitar um espaço terapêutico de troca de experiências com vistas ao desenvolvimento das potencialidades das pessoas para atender às próprias necessidades, proporcionando, além da melhora do quadro clínico, a da sua qualidade de vida; atuar junto aos outros profissionais da equipe do PSF para integrar esforços, estimular a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida e facilitar a avaliação e a evolução clínica.

Baseando-se no referencial teórico da Gestalt, a autora propõe, entre outras, como atividades para o psicólogo no PSF, a realização de grupos informativos para difundir informações sobre as doenças e sua evolução; a realização de grupos de psicoterapia, favorecendo a conscientização das situações vivenciadas pela pessoa e pelo grupo. O aprendizado de recursos para lidar com as experiências, o reconhecimento de limites, o auto-apoio e a auto-estima dos participantes podem ser foco das intervenções.

As atividades propostas abrangem, ainda, dinâmicas de grupo para atender os casos contra-indicados para psicoterapia de grupo,

expandindo o auto-conhecimento das pessoas e o contato com sentimentos e a responsabilidade consigo mesmo. Inclui os aspectos referentes à doença, como os limites que impõe e os fatores pessoais que influenciam no quadro clínico, ampliando a conscientização sobre a sua responsabilidade no tratamento, além da experiência do uso de medicamentos. As questões trabalhadas são trazidas pelo grupo, podendo-se utilizar recursos expressivos, como lápis colorido, papel, revistas, colagens, etc. para facilitar o contato e a expressão dos pacientes sobre sua experiência. A autora ensina que, nas dinâmicas, são mostrados aspectos da vida das pessoas não revelados durante a consulta médica.

O psicólogo pode abarcar ainda, além do atendimento individual, a avaliação da demanda, estudos de caso e o incentivo para facilitação da comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde, já que muitas vezes os pacientes revelam dados nem sempre acessíveis à equipe. O teatro informativo pode ser utilizado para fornecer informações sobre o que é a Psicologia e o trabalho do psicólogo, tais como seus objetivos, a questão do sigilo, a composição dos grupos, esclarecimentos sobre concepções errôneas a respeito da psicoterapia e do psicólogo. A visita domiciliar é outra atividade que auxilia na divulgação do trabalho, ajuda a conhecer um pouco da realidade das pessoas atendidas e, quando necessário, presta assistência psicológica a pacientes impossibilitados de sair de sua residência.

Deve-se ter o cuidado de manter uma postura aberta para a troca de saberes com as pessoas atendidas para que a intervenção possa ser acessível e de acordo com uma demanda real. Para a autora, um dos resultados alcançados é que os clientes passam a reconhecer a influência dos fatores emocionais na sua saúde e começam a utilizar o espaço proporcionado pelas atividades de grupo ou individuais para colocar essas questões.

Com relação ao trabalho com grupos, a psicanálise aí tem também um lugar para incrementar a criatividade, fazer falar e dar sentido ao sofrimento psíquico (Figueiredo, 1997), com o cuidado, porém, de que a ética dessa interlocução, ao separar os sujeitos em grupos, de certa forma classificando-os, não contribua para reforçar sua condição social enquanto minoria, ao invés de diluí-la.

Na experiência de Figueiredo (1997), que se baseia no referencial teórico da psicanálise, uma grande solicitação de intervenção, além da demanda das escolas, de “poliqueixosos”, de “psicossomáticos” e de mães que “pegam carona no tratamento do filho”, pode advir mais dos médicos do que dos próprios pacientes, oriunda de diversas especialidades como clínica geral, pediatria, ginecologia, pneumologia, endocrinologia, nefrologia, etc. Os problemas mais comuns encontrados por essa autora se relacionam a:

“problemas de aprendizagem e comportamento, no caso de crianças e adolescentes; dificuldades clínicas com adultos resistentes a determinado tratamento; problemas emocionais de todo tipo, sendo ansiedade e depressão os mais freqüentemente diagnosticados. Nesses casos, o serviço de psicologia é visto como ‘ajustador’ de situações-limite que podem comprometer o bom andamento da clínica médica ou como depositário de tudo o que diz respeito ao humano e provoca ansiedade nos médicos” (p.49).

Para pacientes egressos de hospital psiquiátrico, podem ser realizados grupos de recepção ou triagem coletiva e de familiares, onde se procura desfazer o estigma da doença mental e socializar as experiências do sofrimento psíquico nos grupos. Para a autora, não há restrições para a prática da psicanálise no ambulatório, pois este “não é um simulacro de consultório; é o próprio consultório tornado público”, e nele se pode contribuir para fazer circular, não apenas entre os pares, mas também entre os profissionais afins, as

questões relativas ao cotidiano da clínica com seus impasses e sucessos (p.11). Em relação à questão da longa duração do tratamento psicanalítico, não há contra-indicações, visto que muitos pacientes freqüentam por um longo tempo os ambulatórios, sem resolutividade, simplesmente em busca de receitas de ansiolíticos e antidepressivos.

No entanto, há que se reduzir a complexidade do dispositivo psicanalítico, avaliando com cuidado os ideais de cura do terapeuta e considerando a pretensão de que os conceitos utilizados pela psicanálise sejam considerados como um “modelo universalizante”, portanto, que possam ser aplicados a todos indiscriminadamente. Ou, nos dizeres de Bezerra Jr. (1987, pp. 141-2),

“as idéias e sentimentos do terapeuta e do paciente acerca do que é a doença, como se instala, suas causas, o que entendem por cura, tratamento, saúde, etc. podem ser contratantes e é preciso não se deixar levar pela ilusão universalista para poder enxergar essa diversidade”.

Isso não significa abandonar os fundamentos da psicanálise ou seu vocabulário, mas promover uma ampliação e modificação em novas contextualizações sem que se perca a referência ao *ethos* psicanalítico. Há que se atentar, porém, para o cuidado que se deve ter no sentido de não prolongar a escuta em função de demandas pouco claras, perdendo, assim, a sua resolutividade ou, de outro lado, padronizar os encaminhamentos para psicoterapia como “lugar privilegiado para se falar dos problemas da vida”- embora se possa começar por aí (Figueiredo, 1997, p.47).

A prática da psicanálise pode, ainda, trazer contribuições para a equipe de saúde em geral, especialmente quanto ao seu modo de funcionamento, ao exercício da discussão e avaliação das condutas, à responsabilidade dos profissionais frente aos pacientes e ao contato

direto e permanente com os diferentes profissionais, procurando atravessar as hierarquias funcionais e burocráticas e tornar mais claros e transparentes os procedimentos clínicos, seus problemas e soluções para cada paciente, contribuindo para evitar as armadilhas do "medicalismo" ou do "psicologismo".

Pereira e Carvalho (2001), em trabalho desenvolvido com equipes do PSF no município de São João Del Rei-MG, também apontam a possibilidade da atuação do psicólogo no sentido de desenvolver potencialidades e diluir conflitos entre os membros da equipe e possibilitar reflexões com relação às dificuldades de aprendizagem, ao lidar com o modelo biomédico internalizado na sociedade, ao compartilhar e visualizar as angústias, ao papel social da ESF e às crenças e valores individuais.

Lancetti (2001) chama a atenção para a questão do agenciamento do desejo como unidade mínima para produção de subjetividades cidadãs, onde a grande arma da equipe no seu trabalho é a escuta de pessoas pelas quais provavelmente nunca alguém se interessou antes. Em relação a essa questão da demanda, Bezerra Jr. (1987, p.146) alerta para o cuidado de se considerar o ponto de vista do indivíduo que sente, de maneira absolutamente individual, única e peculiar, a necessidade de ajuda, sem perceber que a sua busca é consequência da "medicalização de sua existência, ou de despolitização, pela psiquiatria, dos conflitos sociais em que está imerso". Como consequência, o que ele busca é o alívio terapêutico (não místico ou religioso) do seu sofrimento.

As experiências com os grupos na comunidade, especialmente aquelas mais carentes, onde a sobrevivência talvez seja a única preocupação, onde não se sabe o que se vai comer no dia seguinte, constituem oportunidade de aprendizado para

profissionais e pacientes. Cardoso (2000, p.8) dá o seu depoimento acerca das experiências daqueles que, desesperançados porque acostumados ao sofrimento, descobrem, na partilha e na identificação com o grupo, que algo pode ser feito e que "falar não resolve, mas alivia" e que outras formas de lidar com o sofrimento podem ser assim aprendidas.

No grupo, as pessoas se beneficiam da experiência de compartilhar, de ouvir e ser ouvido e, nessa troca, encontram um suporte diferente, que repercute de modo positivo quando entram em contato com histórias semelhantes às suas. Isso faz com que às vezes uma intervenção feita pelo grupo acabe tendo mais influência do que quando é realizada pelo psicólogo.

Na experiência da autora, em grupos de pacientes portadores de doenças orgânicas, como diabetes e hipertensão, pode-se observar que estas se constituem numa oportunidade para a troca de experiências, favorecendo os mecanismos de identificação e empatia entre seus membros, o que possibilita o pensar sobre a doença e sobre como ela é experienciada por cada um. A expressão das fantasias sobre a doença, os esclarecimentos fornecidos e o suporte emocional contribuem para diminuir o nível de ansiedade de todos aqueles cujas fantasias são semelhantes.

O objetivo central, no caso dos portadores de doenças crônicas, é oferecer um espaço onde eles possam refletir sobre a doença e suas repercussões na sua vida. O foco principal, no entanto, deve ser centrado na pessoa, o que acaba incluindo também (mas não só) a doença, além de outros aspectos da vida dos participantes e das questões que surgem no espaço do grupo. O que se pretende é o desenvolvimento das suas potencialidades, favorecendo a conscientização das situações vivenciadas e o desenvolvimento de recursos para lidar com elas, o reconhecimento dos limites, o fortalecimento do auto-apoio e da auto-estima.

A expressão das fantasias sobre a doença, os esclarecimentos fornecidos e o suporte emocional contribuem para diminuir o nível de ansiedade de todos aqueles cujas fantasias são semelhantes.

Parece que trabalhar junto a comunidades carentes é algo que deixa o profissional um tanto estarecido diante da difícil realidade que encontra. É um mundo à parte, muitas vezes miserável, onde só o fato de as pessoas continuarem vivas ali já é algo que surpreende. Alguns relatos são mesmo contundentes, como, por exemplo, os dos autores a seguir: “A primeira situação que me mobiliza é o sofrimento daquelas pessoas. Não se trata de uma aflição eventual, efêmera, mas de uma proximidade com a miséria, a discriminação e o abandono que as torna diferentes (...). O contato com certas histórias de vida me fazem pensar que elas não vivem, mas sobrevivem, na medida do possível. Não as vejo como “pobres-coitados”, nem como incapazes, mas como pessoas que vivenciam uma carência tão grande que me faz repensar os parâmetros de minha própria vida” (Cardoso, 1999, p. 06).

“No Programa de Saúde da Família, não é possível passar os casos. Mesmo quando se indica uma internação, uma cirurgia ou tratamento de maior complexidade, o paciente continua a ser da equipe, enquanto morar no mesmo bairro. O vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados. Para pessoas criadas em regiões de classe média da cidade, é um choque cultural a convivência com favelados da periferia (...). Tudo isso exige dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada e penosa. Muitos não agüentaram” (Lancetti, 2000, p.39).

Dadas tais circunstâncias, lembramos que o perfil do profissional proposto pelo PSF prevê, entre outras características, a motivação e a sensibilidade para as questões sociais e a disposição para o trabalho na comunidade. Por isso, os profissionais para esse tipo de trabalho não podem ser escolhidos por sua habilitação acadêmica, mas pelo seu perfil. A titulação acadêmica não confere ao profissional a capacitação para lidar com a miséria e o

sofrimento a que está exposta a maioria da nossa população. Segundo Lancetti (2000, p.51), “não é qualquer pessoa que se dispõe a navegar na violência sem a proteção dos muros do hospital, do ambulatório ou do hospital-dia”, e denomina aqueles que têm a coragem de se arriscar nesse universo de “essa espécie de psicanalistas de pés descalços que praticam uma clínica muito mais complexa do que a do consultório”.

É preciso estar atento para que, na intervenção numa comunidade com as características descritas, o trabalho seja direcionado para a conscientização, o esclarecimento, e não para a adaptação, simplesmente, de modo que as pessoas possam tornar-se donas do seu destino. Não é adaptar, é esclarecer para procurar melhorar, não colocando toda a responsabilidade pelos problemas e conflitos no indivíduo, mas instrumentalizando-o, inclusive para que busque as soluções dos órgãos competentes, quando for o caso. Outro cuidado que é preciso considerar é o risco de se trabalhar em cima da demanda dos clínicos, de outros profissionais ou da escola, e não do indivíduo, pois, nesse caso, estaria sendo reproduzido o modelo médico, diagnosticador, que se tenta evitar.

Não se pode deixar de lado, portanto, o perfil do profissional que se deseja para esse tipo de trabalho. E, aqui, perguntamos, com Dias (2001, p.39): “o psicólogo de hoje se insere no mundo real?” Na formação do psicólogo, há um privilégio do subjetivismo e uma desqualificação das complexas relações que os pacientes mantêm com seu contexto sociocultural. É preciso levar em conta o fato de que somos seres *humanos*, ou seja, afetivos, relacionais, sensíveis, não só em função de nossas experiências infantis mas também do processo histórico do qual fazemos parte. Desconsiderar essa questão, no entender do autor, “não ultrapassará os limites da fantasia”.

Os órgãos formadores devem repensar o profissional que desejam formar, voltando a atenção não só para as próprias convicções e concepções mas também para uma realidade que não se enquadra necessariamente no seu universo teórico. Há necessidade urgente de se repensar os currículos que estão sendo praticados nos cursos de formação de psicólogos, que devem incluir, além da tomada de consciência da realidade, a mudança dos paradigmas que os têm orientado até agora. De outra maneira, toda reflexão didática certamente continuará a ser processada segundo uma perspectiva ultrapassada.

Consideramos que, a partir das possibilidades de atuação do psicólogo no PSF, com base nas experiências aqui sucintamente descritas, seja qual for a perspectiva teórico-metodológica adotada que sustente a prática, para se alcançar os resultados positivos esperados há que se ter disposição, vivacidade e adotar sem medo um novo olhar, e acreditar, como Lancetti (2000, p.19), que a instabilidade emocional e operativa nos ensina a viver na incerteza e que, portanto, "a invenção, e esse foi o tesouro que extraímos de todas as experiências vividas, deve fazer parte do método".

O sim do começo

Pelos relatos, análises e depoimentos que encontramos na bibliografia consultada, podemos constatar que, apesar das dificuldades, existe um lugar para o psicólogo no PSF, seja integrando a equipe ou atuando em estreita parceria com ela. Os princípios nos quais se baseia o PSF se coadunam com aqueles que fundamentam o trabalho do psicólogo independentemente da corrente teórica que o oriente, isto é, incentivam a autonomia, a valorização das diferenças e dos diferentes saberes, o resgate da cidadania e o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos.

O contexto saúde-doença mostra que, seja atuando na prevenção, na promoção ou na recuperação da saúde, não podemos perder de vista que o processo ocorre com a pessoa inteira, e não apenas com seu corpo ou partes dele. O sintoma tem um significado, que pode e deve ser interpretado para que tenha sentido e permita a mudança, levando à manutenção da saúde ou à cura. No entanto, esse processo não pode ser tomado isoladamente, fora do contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido. Por essa razão, a aproximação com a comunidade, além de permitir o acolhimento dos menos favorecidos que sofrem, traz uma compreensão maior do universo com o qual se está trabalhando. O significado deve ser buscado na realidade que dá sentido à vida da pessoa, e não nos conceitos teóricos ou na contextualização dos valores do profissional que se dispõe a ajudar.

O PSF parece ser uma boa resposta para atender aos problemas de saúde, especialmente das comunidades ditas carentes, com ênfase na prevenção e na promoção da saúde, trazendo, como conseqüência, a melhoria da qualidade de vida como um todo. Observamos, no entanto, que existem dificuldades para a inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar, onde muitas vezes não aparece com clareza para si mesmo, mas especialmente para os outros profissionais, qual seria a sua função ou mesmo a importância do seu trabalho. Há necessidade de se esclarecer não só a equipe mas também a comunidade acerca do papel do psicólogo e de se repensar a sua representação social.

Em relação aos outros profissionais, especialmente o médico, podemos considerar que sua formação, de maneira geral, não contempla a interdisciplinaridade. Além disso, a proposta do PSF é de inversão do modelo assistencial, antes centrado exatamente na figura do médico, dentro de uma escala hierárquica rigidamente definida, o que poderia

*Arre, estou farto de
semideuses! Onde
é que há gente no
mundo?*

Fernando Pessoa

ser um dos fatores que sustentariam a dificuldade para a atuação do psicólogo na equipe. No entanto, existem outras questões inerentes à formação do próprio psicólogo que podem contribuir para a manutenção dessa falta de clareza.

Um dos fatores pode referir-se ao objeto de trabalho do psicólogo, que privilegia o subjetivo. Embora forneça uma ampliação da leitura do processo saúde-doença, nem o objeto nem as funções do psicólogo possuem, da forma como são hoje definidos, parâmetros de objetividade, criando certa confusão até mesmo dentro da profissão. Mudar essa visão para atender às necessidades que se delineiam na prática, principalmente a partir de uma perspectiva interdisciplinar, envolve a ampliação e a promoção de uma mudança do perfil tradicional do psicólogo, que, embora seja apregoado nas grades curriculares como “generalista”, na realidade recebe uma formação com enfoque centrado na clínica, numa perspectiva unilateral, embora não exclusivamente biológica, mas no sentido de que vê somente uma parte e não o todo (no caso, o psiquismo), além de ser curativa e fora do contexto socioeconômico-cultural dos indivíduos. O enfoque interdisciplinar, ou mesmo multidisciplinar, é pouco valorizado e os conteúdos de saúde coletiva quase não aparecem nos currículos.

É necessária, portanto, uma perspectiva teórica que permita transcender o espaço definido pelas atuais psicologias clínicas e da saúde para poder oferecer às equipes que atuam no PSF, através da atuação do psicólogo, o adequado respaldo teórico e metodológico que os auxilie na promoção da saúde mental, em outros setores da saúde e no restabelecimento do bem-estar geral da comunidade. Esse enfoque deve ser mais dinâmico e reconstruído com base em teorias e metodologias que contribuam de maneira mais efetiva e adequada ao modelo da saúde coletiva que se delineia no País. Nesse caso,

é preciso ultrapassar as barreiras das especialidades, valorizando os saberes e o trabalho interdisciplinar, o que não pode ser feito dentro das herméticas paredes de um consultório clínico. É necessária a visão baseada na ação recíproca, no enriquecimento mútuo, em que as relações de poder se tornem flexíveis, dinâmicas e horizontais.

Nas revistas especializadas, inclusive as das entidades ligadas à Psicologia, são raros os artigos publicados sobre o que o psicólogo está construindo nas redes de APS. A ênfase é, com certeza, no trabalho clínico curativo. Essa construção tem sido feita de maneira solitária e, por isso mesmo, penosa, e a partir da própria prática. Não existem mapas a seguir; a teoria está desarticulada e, mais ainda, distanciada da prática e, especialmente, da realidade e das necessidades da população do nosso país. Nossas escolas formam semideuses que, trancados no seu templo-consultório ou nas academias, ignoram o que acontece nas ruas. Mas a teoria, nesse caso, literalmente se escreve na prática.

Os psicólogos, embora denominando-se “profissionais da saúde”, ignoram os mais básicos problemas de saúde pública do País, perpetuando uma prática voltada para as elites em detrimento da universalização da saúde para toda a população brasileira. Este, acreditamos, não é um problema apenas da Psicologia, mas da maioria dos cursos da área de saúde. Já se torna evidente que o modelo ensinado nas escolas necessita ser reavaliado, para que se possa atingir, de forma mais efetiva, os objetivos de oferta de serviços de saúde com nível de qualidade satisfatório para o conjunto da população brasileira. Percebemos que alguns cursos já vêm reformulando seus conteúdos, especialmente os de enfermagem e serviço social. No entanto, a Psicologia, mais uma vez, segue o modelo médico, que parece começar a ter um novo olhar para a realidade que se instaura.

Para se atender às necessidades que emergem da prática cotidiana, explicitadas pelo PSF, é importante a abertura a outros saberes, a criatividade, a disposição para aprender com o que está sendo construído e que, muitas vezes, não foi ainda teorizado. A novidade, com raras exceções, não está vindo das academias, pois as alternativas estão surgindo do dia a dia da experiência caótica, singular e imprevista. Por isso, os psicólogos têm agora um desafio, que é o de, incorporando-se ao PSF e ao que ele tem de inovador e reorganizador da assistência, poder, por outro lado, enriquecê-lo com a visão do conjunto para cuidar das pessoas de forma integral.

Há, porém, zonas de luz na escuridão. O Conselho Federal de Psicologia tem-se preocupado em divulgar, através de seus encontros e congressos, as experiências desenvolvidas principalmente em comunidades pequenas e distantes, ao nosso ver, demonstrando a disposição do Conselho em promover discussões envolvidas com os problemas sociais, de forma a contribuir para se estabelecer um novo perfil da profissão, ampliando os espaços de participação dos psicólogos (CFP, 2000; 2001; CRP, 2000).

As experiências exitosas nos mostram que estão dando certo porque falam do lugar de quem sofre (os indivíduos e as comunidades) e de quem faz a prática (os profissionais), na realidade do dia a dia. Não é do lugar da teoria, mas daquele onde todos procuram quem os escute e lhes fale o que querem ouvir e não ouvem nem dos seus governantes, nem dos

profissionais onde buscam ajuda. É preciso que as discussões surjam dos impasses para que os saberes instituídos possam ser interrogados pela própria experiência que produz alternativas concretas. Constatamos que, no contexto atual, a realidade é o ponto de partida de uma conquista que pode se dar com o tempo. Afirmamos, com Franklin e Souza (2002, p.10), que

“Para inventar uma nova forma de amor, que sustente os homens e mulheres, será preciso descobrir novas inspirações nos corações desses homens e mulheres. Com as práticas coletivas, como o projeto de um mundo saudável para todos, a ousadia da imaginação terá de ser tão grande como a nossa capacidade de realização prática. Poética e política são as únicas saídas. Por isso, é sempre bom, ainda que provisório, fazer um balanço de princípios. No começo está o sim”.

Basta olhar em volta para perceber que os comportamentos e os valores estão mudando e os saberes sendo reavaliados. A ciência não é estanque, pelo contrário, ensina-nos que não há uma Verdade única, mas várias relativas e mutantes verdades que vão modificando-se com as novas descobertas e os olhares mais amplos e audaciosos. Precisamos sair do confinamento dos livros e usá-los criativamente, como tijolos de um novo edifício.

O mundo está sendo reinventado. Resta-nos arregaçar as mangas e começar a participar desse mutirão.

Teresa Cristina Soares

Enfermeira e psicóloga, com especialização em Saúde Mental e mestrado em Filosofia, doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/FioCruz, professora da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG).
Rua Joaquim de Almeida, 95 – Jardim Laranjeiras – CEP. 36033-160
– Juiz de Fora (MG) –
E-mail: tcsoares@globo.com – Tel.: (32)3236-1375.

Recebido 29/09/04 Aprovado 30/09/05

BEZERRA Jr., Benilton. Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental. In Tundis, Silvério Almeida; Costa, Nilson do Rosário (orgs.). **Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes /ABRASCO, 1987, pp.134-169.

CARDOSO, Cláudia Lins. Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 22, n° 1. Brasília, 2002, pp. 2-9.

_____. Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos em Centros de Saúde. **Estudos de Psicologia**, vol. 16, n° 02. 1999, pp.05-15.

_____. O Gestalt-terapeuta na Comunidade: Descobrimos a Autenticidade do Sujeito. **Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, n° 7. 2000, pp. 59-108.

CARDOSO, Cláudia Lins; SANTOS, Pollyana Lúcia Costa. Histórias por um Fio: Falando sobre Psicoterapia de Grupo. **Insight: Psicoterapia e Psicanálise**, n° 108. jul/2000, pp.25-29.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). I Mostra de Práticas em Psicologia. **Jornal do Federal**. Brasília, ano XV, n° 63, mai.2000, pp. 8-10.

_____. (CFP). Congresso Nacional da Psicologia: é a Hora de Participar! **Jornal do Federal**. Brasília, ano XVI, n° 67, mar.2001, p. 03.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP). Psicologia: uma Profissão de Grande Representação Social. **Jornal do Psicólogo**, ano 18, n° 67. Brasília, jun.2000, pp. 7-9.

DIAS, Carlos Alberto. Considerações sobre Elaboração de Currículos para Formação de Psicólogos: a Partir de uma Perspectiva Didática. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, Conselho Federal de Psicologia, ano 21, n° 03, 2001, pp. 36-49.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos - a Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997, 183 p.

FRANKLIN, Ana; SOUSA, Maria Fátima. Construção Cotidiana - Saúde da Família na Prática: os Princípios na Visão de quem Faz. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, ano II, n° 4, jan.2002, pp. 4-10.

JUIZ DE FORA. Câmara Municipal. **Projeto de Lei 08/2004 - Processo: 4668-00/2004**. Disponível em <<http://www.camarajf.mg.gov.br>>. Acesso em 31/08/2004.

LANCETTI, Antonio. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. In Jatene, Adib D. et all. **Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000, pp.11-52. (Col. SaúdeLoucura, n° 07).

PAIVA, Miller de; SILVA, Alina M.A. de Paiva Nogueira da. **Medicina Psicossomática - Patologia e Terapêutica**. 3ª ed. rev, aum. e atual.. São Paulo: Artes Médicas, 1994, pp.1-08.

PEREIRA, Maria Cristina Alves; CARVALHO, Patrícia de Paula. **Intervenção na Equipe de Profissionais do PSF de São João Del Rei**. Encontro Mineiro de Psicologia Social, 12. Fundação de Ensino Superior de São João Del Rei (FUNREI), Minas Gerais, impresso, 2001, 2p.

RONZANI, Telmo Mota. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. **31f. Monografia. (Especialização em Ações Institucionais e Saúde Coletiva). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2000.**

_____. O PSF e a Saúde Mental: uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. **Revista de APS**, ano 3, n° 8. Juiz de Fora, jun-nov. 2001, pp. 38-42.

_____. Mensagem pessoal recebida por <tcsoares@globo.com>, em 20/07/2004.

Referências