

Interface Psicologia e Programa Saúde da Família – PSF: Reflexões Teóricas

Interface psychology and health care family program:
Thoughts and conjectures

**Ana Carol
Pontes de França**

Universidade Federal de
Pernambuco

Bartyra Amorim Viana

Faculdade Frassinetti do
Recife

Artigo





Resumo: Tomando como referência o atual modelo de reorganização da saúde pública brasileiro, o presente trabalho visa a contribuir teoricamente para as possibilidades de atuação do profissional de Psicologia junto ao Programa Saúde da Família, tendo em vista a escassez bibliográfica acerca da referida temática devido ao fato de que, atualmente, poucos são os psicólogos que se encontram realizando atividades junto à atenção básica à saúde, preconizada no referido programa. Nessa perspectiva, torna-se importante observar os aspectos contextuais e de humanização no atendimento bem como o incentivo à autonomia dos usuários do serviço, vislumbrando a multidimensionalidade das ações. É dado especial destaque às ações que focalizam a prevenção e promoção da saúde, viabilizando melhor qualidade de vida para a comunidade atendida, tornando-se esta uma proposta de inserção do referido profissional em PSF.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Psicologia da saúde, qualidade de vida, atenção básica à saúde, prevenção e promoção em saúde.

Abstract: In reference to the current reorganization of the public health care system of Brazilian people, this study aims to contribute with theories about the possibilities of performance of the practitioners of Psychology in the Health Care Family Program, considering the scarcity of literature about this theme, due to the fact that at the moment there are few psychologists carrying on activities on basic health attention who are recommended by the program. In this perspective, it's important to observe the contextual aspects and also more humane aid on service, as well as the incentive towards the autonomy of the consumer of the public service aiming at the multidimensionality of the actions. We highlight especially actions that focalize prevention and health promotion, making it possible to offer a better quality of life to the community attended, what becomes a proposal for the insertion of these referred practitioners in the Health Care Family Program.

Key words: Health Care Family Program, health Psychology, quality of life, basic health attention, prevention and health promotion.

O presente estudo teve origem a partir dos questionamentos que surgiram durante as aulas do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde da Família, ministrado na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – FENSG, que faz parte das campi da Universidade de Pernambuco - UPE.

Nessa perspectiva, faz-se necessária uma bibliografia direcionada à práxis do psicólogo frente ao desafio proposto pelo Ministério da

Saúde, considerando a realidade da atual política de saúde, o sistema único de saúde (SUS) e, em consequência, os seus princípios e diretrizes, com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que, embora já exista há 11 anos, ainda é percebido como uma inovação na vigilância à saúde da população, cujo modelo de atenção básica favorece as questões referentes à prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Mesmo em aperfeiçoamento profissional, o psicólogo se depara com a escassez bibliográfica sobre a referida temática, cujos registros existentes atualmente se referem a ações isoladas, em uma ou outra unidade do PSF.

Nesse sentido, a presente construção teórica se destina a proporcionar subsídios que apontem novas possibilidades que justifiquem a inserção e atuação da Psicologia nessa modalidade de atendimento, contribuindo, mais especificamente, para o âmbito da saúde mental, o que requer do profissional uma nova postura diante desse novo contexto.

Contextualizando a atual política pública de saúde brasileira

O SUS foi criado para assegurar aos brasileiros um direito conquistado junto à Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saber:

“Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (in: CONASEMS, 1990, p. 04).

O SUS, enquanto política de saúde, teve sua concepção idealizada a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, que serviu de embasamento para a indicação de reestruturação do sistema sanitário, destacando-se, entre as propostas contidas em seu relatório, segundo Oliveira & Souza (2002), o entendimento amplo do conceito de saúde, sendo esta resultante das condições de vida da população, acesso e posse da terra, moradia, emprego, alimentação, lazer e transporte.

Os mesmos observam, segundo o relatório, que a saúde não deve ser apreciada abstratamente, mas deve ser compreendida em seu contexto, definindo-se de modo sociohistórico em um momento do seu desenvolvimento, o que

requer da população que a conquiste em suas lutas cotidianas (ibid.).

Dessa maneira, tendo como diretriz a Constituição Federal de 1988, a 19 de setembro de 1990, é publicada a Lei nº 8080, que regulamenta o SUS.

De acordo com Oliveira e Souza (op. cit.), que tomam por base a compreensão do sanitarista Eleutério Rodrigues Neto, o SUS, enquanto sistema, compreende, em sua formação, diversas instituições nos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), cujo setor privado, contratado e conveniado age como se fosse um mesmo corpo, devendo seguir as normas do serviço público ao atuar nesse sentido. Já o fato de ser único confere ao SUS a mesma doutrina e filosofia de atuação em todo o território nacional, sendo organizado numa mesma sistemática.

Ainda segundo os autores, o SUS, como características principais, deve:

- Atender, gratuita e indiscriminadamente, à população considerando suas necessidades, mesmo que não contribuam com a previdência;
- Privilegiar o atendimento integral, numa compreensão global do humano (do todo, e não por partes), cujas práticas de saúde estão além do indivíduo, abrangendo a comunidade tanto em caráter preventivo quanto em relação ao tratamento e respeitando a dignidade humana;
- Deve ser descentralizado, considerando a necessidade do poder de decisão estar mais próximo de onde ocorrem os fatos e de quem executa as ações, considerando que as ações e serviços municipais são aquelas que contemplam a população de um Município, as estaduais são aquelas que servem e alcançam diversos Municípios, e as federais abrangem todo o território nacional (como previsto na Norma Operacional Básica do SUS – Brasil 1996);

- Ser racional, adequando os serviços oferecidos às demandas populacionais, organizando-se a partir de pequenas regiões de acordo com as realidades locais, cujas decisões devem ser tomadas por uma autoridade de nível local (distrito sanitário), respeitando o princípio da descentralização; deve apresentar resolubilidade para as problemáticas que surgem e para os usuários que recorrem ao serviço, cuja qualidade deve atender tanto às necessidades de pessoal e equipamento quanto ao comprometimento com o serviço oferecido;

- Deve ser democrático, sistema onde todos os segmentos com ele envolvidos precisam ter assegurado o direito à participação: prestadores de serviços, dirigentes institucionais, profissionais de saúde e, especialmente, a população em geral, os usuários do serviço de saúde (ibid.).

Ainda em 1990, aos 28 dias do mês de dezembro, é sancionada a Lei nº 8142, que dispõe acerca da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros referentes à saúde.

Com a regulamentação da Lei nº 8080 e da Lei nº 8142, são elaboradas e implementadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), a saber: na NOB 91, os serviços de caráter público, tanto os estaduais quanto os municipais, passam a ser prestadores, sendo ressarcidos conforme a produção. O Ministério da Saúde passa a se relacionar diretamente com as secretarias municipais de saúde por meio de convênio de municipalização. Assim, tais ações, segundo Siqueira (et. al., 2002), dão início ao processo de descentralização; a NOB 93 regulamenta o processo de descentralização das ações de saúde para Estados e Municípios, institucionalizando novas arenas de parceria cujo objetivo era fortalecer o processo de descentralização do SUS, expressando maior potencial de indução. Nessa perspectiva, na esfera estadual, têm-se as comissões intergestoras bipartites (CIB), e, em âmbito federal, a comissão intergestora

tripartite (CIT), estabelecendo, para os Municípios, três níveis diferentes de gestão: incipiente, parcial e semiplena; na NOB 96, o processo de responsabilização municipal foi simplificado, ficando as condições de habilitação reduzidas a duas modalidades: gestão plena da atenção básica do sistema municipal e gestão plena do sistema municipal de saúde. A reorientação do modelo assistencial passa a ser uma preocupação acentuada na NOB 96, tornando-se evidente o avanço do processo de municipalização a partir desta com o estabelecimento do piso de atenção básica (PAB), fixo e variável, da fração assistencial especializada (FAE), do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa Saúde da Família (PSF), do Incentivo ao Combate das Carências Nutricionais (ICCN), das Ações Básicas de Vigilância Sanitária (VISA) e da Assistência Farmacêutica Básica (AFB), como afirma Siqueira (et. al., op. cit.). Além disso, também define as formas de controle social por meio da atuação dos conselhos de saúde.

Na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001, a decisão e implementação das políticas de saúde são retomadas à instância estadual, pois Siqueira (et. al., op. cit.) relata que a aceitação dos Municípios ao processo de descentralização é mais expressiva nas localidades com implementação de programas realizada pelos executivos estaduais, o que demonstra a relevância das secretarias estaduais de saúde.

A NOAS 2001 assinala, para a elaboração do Plano de Regionalização, o fortalecimento da capacidade gestora do SUS como também o processo de responsabilização, com compromissos e metas pactuados pelos gestores, permitindo, ainda, que estes reorganizem o sistema, procurando assegurar a equidade no acesso às ações e serviços de saúde considerando os diversos níveis de complexidade.

Em suma, o SUS apresenta, enquanto princípios: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social, e, como diretrizes: a

descentralização, o comando único, a regionalização e hierarquização e a referência e contra-referência. Dessa forma, pode-se afirmar que o SUS foi gerado para ser o sistema de saúde da população brasileira: democrático, eficiente (competente), eficaz (dinâmico), resolutivo e de qualidade (Oliveira e Souza, op. cit.).

Considerando a cultura em seu aspecto mais amplo, como todo o fazer humano, sendo a humanidade produtora e produto desta, cabe aqui ressaltar que o SUS, enquanto política, é uma invenção cultural cujo modelo de atenção básica constitui-se num desdobramento desta.

Assim, pode-se dizer que o nascimento do PSF aconteceu de forma lenta, gradativa e agregada a outro programa já existente dentro do Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quando então, em 1991, o Ministério da Saúde legitimou nacionalmente o programa já existente em alguns Estados brasileiros (Lages, 2002).

Segundo o referido autor, o PACS contribuiu de forma significativa para a estruturação do PSF, pois agregou idéias “como a mobilização para adquirir apoio, a prática assistencial, o registro de informações e a implantação com o conselho municipal de saúde” (Lages, op. cit, p. 15). Assim, o PSF condicionou, com o PACS, a sua implantação nos Municípios à existência de alguns princípios, criando, portanto, uma participação efetiva da comunidade. Lages (op. cit.), citando Viana e Paz (1998) e Sousa (2001), relata outro aspecto importante do PACS para o PSF: “diz respeito à prática assistencial, cuja abordagem se volta para a família, e que inclui enfaticamente as visitas domiciliares, as quais conferem ao programa um caráter antecipatório aos problemas familiares e comunitário” (ibid.), tornando-se esse procedimento uma das características diferenciais do PSF.

A criação, a implantação e a expansão do PSF aconteceram durante a vigência do governo Itamar Franco (1992-94) a partir da nomeação do Ministro da Saúde Henrique Santillo, em

agosto de 1993. O ministro Santillo determinou, após uma reunião sobre o tema saúde da família, que, no ano 1994, seria implantado o PSF nos vinte e seis Estados mais o Distrito Federal, contando, para isso, com o grupo inicial de duas mil e quinhentas equipes a beneficiar dois milhões de famílias (Lages, op. cit.).

Em seu despacho (Brasil, 1994), o ministro Santillo apresenta, conceitua e objetiva o PSF, a saber:

“O programa Saúde da Família faz parte de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do País, que dá mais atenção à cura do que à prevenção das doenças [...] os profissionais de saúde vão estar em contato com a comunidade, para orientar cada família a evitar doenças, fazer seu tratamento, quando for o caso, e ajudar a construir um ambiente saudável; [...] com isso, será possível humanizar o atendimento e, ao mesmo tempo, criar uma relação de confiança entre as equipes de saúde e a população” (Brasil, 1994, p. 01).

Quanto à conceituação, o mesmo despacho relata que:

“O programa Saúde da Família é um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível primário [...] a estrutura das equipes poderá ser modificada de acordo com a realidade local. Caberá ao sistema local de saúde (SILOS) garantir a supervisão e a atualização profissional [...] as equipes não devem atuar isoladamente, mas, sempre que possível, em parceria com os diversos segmentos da sociedade” (Brasil, 1994, p. 02).

Quanto ao objetivo, programa visa a: “melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção até a identificação precoce e o

“O programa Saúde da Família é um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível primário [...]”

tratamento das doenças” (Brasil, op. cit, p. 03). O PSF, então, vem a ser a possibilidade prática daquilo que foi proposto pelas políticas públicas de saúde.

Atentando ao fato de que esse é um programa, e, como tal, possui começo, meio e fim, mas sem desconsiderar todos os benefícios que as ações provenientes deste trouxeram à população, como também ao governo (redução dos custos e aumento dos benefícios aos usuários), cabe reforçar a importância de lutarmos para que esse programa se mantenha permanentemente. Que toda e qualquer mudança que venha a acontecer seja para beneficiar aqueles que buscam o serviço, aumentando a qualidade e a oferta.

O papel do psicólogo na atenção básica à saúde

Por ter como finalidade o atendimento primário da comunidade-alvo compreendida no espaço geográfico no qual se encontra inserida a unidade de saúde da família, tendo em vista o comprometimento com os princípios do SUS, mais especificamente, com os da universalidade e da equidade, torna-se imprescindível, mesmo que pareça óbvio, que o atendimento psicológico seja realizado com responsabilidade, priorizando, antes de qualquer coisa, acolher aqueles que recorrem ao serviço, favorecendo e viabilizando o vínculo do usuário com a unidade de saúde e com a equipe.

De acordo com a contribuição do Conselho Federal de Psicologia (CFP) ao Ministério do Trabalho, enviada em 17 de outubro de 1992 com a finalidade de integrar o catálogo brasileiro de ocupações, a função de psicólogo

“procede ao estudo e análise dos processos intrapessoais e das relações interpessoais, possibilitando a compreensão do comportamento humano individual e de grupo, no âmbito das instituições de várias naturezas, onde quer que se dêem essas relações. Aplica conhecimento teórico e técnico da Psicologia, com o objetivo

de identificar e intervir nos fatores determinantes das ações e dos sujeitos, em sua história pessoal, familiar e social, vinculando-as também a condições políticas, históricas e culturais” (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 01).

É importante, ainda, considerar que, para o CFP, a atuação do psicólogo contempla diversas áreas (educação, saúde, segurança, justiça, lazer, trabalho, comunidades e comunicação), visando a promover o respeito à dignidade e à integridade do ser humano.

Tendo em vista a especificidade do trabalho do psicólogo, é notório que as atribuições do referido profissional tornam imprescindível a presença deste num contexto de atenção básica como o que é proposto no PSF.

Cabe aqui, também, trazer à tona a questão da reforma psiquiátrica, que prioriza a desconstrução do dispositivo e do paradigma da psiquiatria manicomial, por meio da humanização do serviço e desinstitucionalização dos usuários, tanto agudos quanto crônicos, implicando maior participação da família e mesmo da sociedade no tratamento bem como evitando casos de abandono de portadores de transtornos mentais nas unidades de saúde, possibilitando o trabalho de questões referentes à prevenção e à promoção da saúde mental da população de maneira geral e a reabilitação daqueles que sofreram déficits, seqüelas ou daqueles pelos quais a Medicina atual nada pode fazer, proporcionando a possibilidade de saírem da condição de loucos, alienados, para a condição de atores do próprio processo de saúde/doença, e, em conseqüência, favorecendo a construção da cidadania.

Tal sentido também é compartilhado por Torre & Amarante (2001) quando enfocam a necessidade de mudança da condição de sujeito, que se encontra intimamente relacionada à situação do exame clínico e do diagnóstico, à condição sujeito ativo, com o desafio de produzir cidadania para si e para o grupo ao qual está relacionado, cujo cerne da

questão considera o exercício da autonomia. É importante, ainda, frisar que a instituição na qual o profissional se encontra inserido está em relação com a cultura local, sofrendo influências e influenciando o contexto social, político e econômico. Além disso, essa é reconhecida socialmente e ocupa um lugar no imaginário social, sendo dotada de um sistema simbólico próprio, como afirma Nasciutti (in: Campos, 1996).

Diante disso, faz-se importante considerar que, trabalhando o campo social, torna-se possível o processo de desconstrução que será mais abrangente com a participação popular, incluindo os diversos atores sociais e a territorialização dos serviços, cujo grande diferencial é a relação social pautada na mudança de conduta, de conscientização e reflexão acerca do fenômeno da loucura (Torre e Amarante, op. cit.).

Ainda com relação à condição do portador de transtorno psíquico, Casé (s.d.) afirma, ao citar Benedetto Saraceno, que

“a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais. É dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva) que se encontra a única reabilitação possível” (p. 135).

Com isso, verifica-se que o transtorno mental é decorrente também do processo de exclusão social e marginalização, onde a política e prática clínica no movimento de reforma psiquiátrica devem contemplar novas ações que vislumbrem novos conceitos acerca da psiquiatria, do portador de transtorno mental e da loucura, transcendendo a noção de doença, dos sintomas e da atitude assistencialista, buscando atender a população em geral.

Conforme Cabral (et. al., s.d.),

“o PSF, em sua essência, trabalha com a lógica da desinstitucionalização com maior ênfase no vínculo, estando suas equipes intensamente

engajadas no cotidiano da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população” (p. 139).

Segundo os estudos de Souza e Carvalho (2003) para a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida apresenta uma natureza multifatorial, enfocando cinco dimensões: a psicológica, a física, as relações sociais, o meio ambiente e o nível de independência, que, nesse caso, corresponde aos aspectos de morbidade, dependência de cuidados médicos e de medicações, capacidade laboral e atividades diárias.

De acordo com Bleger (1984), para se vislumbrar melhor nível de saúde na população, faz-se necessário promover maior equilíbrio no âmbito da saúde individual bem como no da comunidade total, redirecionando o foco da doença para a saúde e favorecendo a atenção da vida cotidiana dos seres humanos.

Os esforços profissionais devem estar intrinsecamente relacionados ao compromisso e à missão em saúde, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos usuários do serviço, cujas ações e projetos, antes de tudo, devem partir dos próprios profissionais, sem que estes, necessariamente, esperem ou dependam dos poderes públicos, como defende Bleger (1984). Para tanto, faz-se necessário que o profissional saia em busca do público-alvo, tendo por finalidade oferecer seus serviços em condições que não impliquem doença.

Essa perspectiva, portanto, torna-se terreno propício para o desenvolvimento do trabalho do psicólogo em PSF, pois este se torna necessário principalmente no que diz respeito à prevenção e à promoção da saúde mental, tanto no nível de atenção primária como na manutenção dos aspectos saudáveis, sempre considerando os recursos disponíveis na comunidade que atua e as potencialidades desta.

Nesse sentido, Souza e Carvalho (op. cit.)

“a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais. É dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva) que se encontra a única reabilitação possível”

Benedetto Saraceno

entendem a qualidade de vida numa dimensão biopsicossocial de bem-estar intra e intersicológico, no qual as questões objetivas e subjetivas adquirem um caráter de singularidade, que pode ser entendido em seu contexto, ao se considerar as especificidades de cada situação, bem como de modo multidimensional, ao se apreciar os diversos determinantes da condição humana.

Contudo, defender o trabalho do psicólogo em PSF não quer dizer que este necessariamente esteja inserido nas instalações físicas deste.

O Psi Jornal (2001) menciona que o incremento no atendimento domiciliar, tanto público quanto privado, abrange questões que vão desde a relação custo-benefício até a procura pela humanização do tratamento, embora tal modalidade de atendimento psicológico ainda seja pouco conhecida entre os próprios profissionais, o que demanda reflexões acerca da natureza e dos problemas éticos envolvidos.

Laham (2005) afirma que esse tipo de serviço em saúde pode ser oferecido sistematicamente por diversos profissionais a fim de prevenir problemas de saúde ou como uma forma de assistência para os casos de doenças já instaladas. Desse modo, busca-se evitar o agravamento de patologias, geralmente crônicas, que dificultem ou mesmo impossibilitem a locomoção do sujeito para o tratamento em clínicas ou hospitais. Assim sendo, verifica-se não só uma redução nos gastos institucionais como também maior disponibilidade de leitos, o que contribui para a redução dos índices de infecção hospitalar.

Entretanto, faz-se necessário que o profissional de Psicologia esteja atento às diversas questões que norteiam esse tipo de atendimento, no qual

“cabe, portanto, ao profissional, delinear seu espaço, seus limites e suas possibilidades. O psicólogo que cuida de um paciente em sistema home care deve ter cuidado para não se envolver em questões familiares, domésticas e particulares. Deve se nortear pelo fato de que

está ali a serviço da pessoa a ser atendida, e não da família, a menos que a questão envolva diretamente o paciente. Alertamos para a necessidade de se levar em conta a abordagem teórica que fundamenta a intervenção psicológica e que pode levar a discussões mais aprofundadas sobre o contrato e os vínculos estabelecidos. A ética, em seu entendimento mais amplo, é respeitada na medida em que o atendimento domiciliar é avaliado como a única forma de que se dispõe em dado contexto para atenuar o sofrimento da pessoa ou da família” (Psi Jornal, op. cit., p. 01).

Faz-se importante, ainda, ter em mente que a grande maioria da população que depende dos serviços públicos de saúde se encontra em situação econômica desfavorecida, em alguns casos, em situação de marginalização, exclusão e pobreza extremas, não possuindo, geralmente, sequer o dinheiro necessário para tomar um ônibus e deslocar-se ao serviço de referência em saúde mental, sendo relevante considerar a possibilidade de atendimento pela unidade de PSF mais próxima de sua residência como meio de estabelecer um vínculo mais duradouro do usuário e seus cuidadores com o serviço de saúde.

A educação sanitária merece atenção especial do psicólogo, pelas contribuições relevantes que pode prestar à mesma, visto que esta requer a cooperação e a participação ativa da comunidade, pois “tende a produzir mudanças estáveis de determinadas pautas de conduta da comunidade” (Bleger, op. cit., p.29).

Nessa perspectiva, torna-se pertinente a presença do psicólogo para avaliar as resistências, medos e preconceitos, sempre visando aos resultados a serem obtidos, sendo necessário observar não só a quem deve se dirigir como também a forma de chegar ao público (mídia, panfletagem, contatos pessoais, etc.).

Todavia, também é possível pensar em estratégias de saúde mental que visem ao benefício coletivo e que possam ser aplicadas “[...] no momento

em que o sofrimento humano é mais agudo, cujos danos são muito mais onerosos em termos de padecimento emocional e mesmo material” (Simon, 1989, p. 66).

Contudo, o profissional de Psicologia deve estar atento ao fato de que a prevenção apenas nas crises remete à compreensão remediável e paliativa do modelo assistencialista em saúde, fugindo à proposta de atenção primária, na qual a saúde pública deve se preocupar também com os aspectos preventivos que favoreçam a tomada de consciência da população com relação aos fatores de risco aos quais são passíveis de exposição, viabilizando aos usuários do serviço a capacidade de se perceberem vulneráveis e refletirem acerca das conseqüências de suas ações e omissões em relação ao processo saúde/doença.

Retomando a questão da NOAS 2001, a ampliação da atenção básica nesta é definida em termos de responsabilidades e ações estratégicas *mínimas* a serem desenvolvidas, tais como: controle da tuberculose, controle da diabetes mellitus, controle da hipertensão, eliminação da hanseníase, ações em saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher. Esse contexto torna-se campo fértil para a atuação do psicólogo pelas mudanças (ou necessidades de mudança) de hábitos e comportamentos decorrentes dos diagnósticos, mobilizando sentimentos e emoções no sujeito, na família e nas pessoas com quem convive, o que requer uma atitude acolhedora, empática e continente do profissional que atua como facilitador na criação de novas estratégias de enfrentamento da realidade visando a um menor nível de ansiedade, tendo como meta o desenvolvimento da autonomia do usuário do serviço, mesmo diante de alguns limites impostos pela patologia.

O fato de o trabalho com grupos, pelo caráter particular que desfruta, “viabilizar a prestação de serviço do profissional de Psicologia em ampla escala e possibilitar atingir um público alvo considerável” (França, Feitosa e Duarte, 2003,

p. 57), além de ser economicamente mais viável pelo baixo custo operacional, se faz possível enquanto modalidade de atendimento no Programa de Saúde da Família pelo fato de ser reconhecido enquanto proposta de trabalho no mesmo.

Nessa perspectiva, Bleger (op. cit.), afirma que

“é muito variada a composição dos grupos, e o psicólogo deve tender a atuar sobre os que configuram ‘unidades naturais’, quer dizer, grupos pré-formados, aqueles que já têm dinamicamente configurada a sua função dentro de determinada instituição social: o grupo familiar, o fabril, o educacional, a equipe de trabalho, etc. Outra de suas modalidades é a dos grupos artificiais, que podem ser homogêneos ou heterogêneos em idade, sexo, problemática, grau de saúde ou de doença, etc. As técnicas grupais a utilizar devem ser escolhidas, segundo o caso, entre as disponíveis: terapêuticas, de discussão, operativas, de tarefa, etc.” (p. 28).

Dessa forma, verifica-se a necessidade de participação dos diferentes atores envolvidos no processo saúde/doença, tendo em vista que a saúde não é algo que se dá à população, mas uma conquista desta, por isso, um exercício de cidadania.

Assim sendo, como bem menciona Freitas, in: Campos, op. cit., faz-se necessário, portanto, apreender a vida humana concreta e real das pessoas, o que compreende sua história, saindo da esfera do particular e do individual e contribuindo para uma vivência psicológica mais saudável.

Com relação à execução da política de saúde, os Estados e Municípios, se estiverem atentos à necessidade de compromisso com a qualificação da atenção básica, priorizando a qualidade e a resolubilidade dos serviços, podem definir outras ações e estratégias que julguem necessárias baseando-se no perfil demográfico e epidemiológico local.

Desse modo, faz-se necessário que o profissional

em saúde mental realize um levantamento epidemiológico (prevalência dos transtornos mentais) na comunidade atendida pelo serviço de saúde, como também requer que esteja atento aos indicadores nos grupos, tais como: uso/abuso de substância psicoativa (lícita ou ilícita), suicídio, criminalidade, migração, etc., em que a finalidade da aplicação epidemiológica remeta a um “diagnóstico” comunitário, ao estudo do funcionamento dos serviços de saúde formais e informais, à estrutura dos quadros clínicos e das síndromes mais comuns, a uma estimativa das populações mais vulneráveis e aos processos de determinações, além do estudo histórico das populações.

Assim, a compreensão dos aspectos epidemiológicos dos transtornos mentais contempla a compreensão das patologias que apresentam alto grau de morbidade e cronicidade, o crescente acesso à saúde pela população bem como a conseqüente preocupação com os custos relativos aos serviços de recuperação da saúde, sendo possível, a partir da contextualização da problemática, se pensar em alternativas, trabalhar com os indicadores e construir programas.

Contudo, cabe reforçar que o tratamento do portador de transtorno mental transcende o diagnóstico, cuja finalidade da

“reabilitação psicossocial exige a implementação de estratégias de remoção das barreiras socioculturais e econômicas a fim de possibilitar aos que passam por transtornos mentais a eliminação ou redução das desvantagens sociais das quais são portadores” (Silva, 2001, p.17).

Finalmente, torna-se necessário, ainda, considerar a possibilidade de desenvolvimento de atividades intersetoriais, como: educação, cultura, esporte, lazer e trabalho, o que justifica a presença dos diferentes atores na atenção básica à saúde.

Contribuições relevantes acerca da atuação do psicólogo em PSF

Tomando como referência as idéias de Guzzo (2002), que contempla ações em educação, mas fazendo ressalva às devidas particularidades de cada área de atuação, busca-se relacionar e adaptar algumas ações à realidade do psicólogo em PSF, fazendo as devidas modificações ao considerar a demanda preventiva e educativa própria à realidade do PSF.

- Assessoria na elaboração, implementação e avaliação permanente de ações em saúde pública junto à equipe multidisciplinar;
- Assessoria na elaboração de instrumentos e procedimentos para avaliação do serviço prestado pela equipe multidisciplinar em conformidade com a proposta do PSF;
- Assessoria na elaboração de programas especiais de educação em saúde, inclusive articulados com os recursos disponíveis na comunidade-alvo, assim como com seus principais representantes (associação de moradores, igrejas, organizações não governamentais, clubes, etc.);
- Assessoria na elaboração de programas e atividades complementares, em áreas pertinentes à consecução do projeto em saúde, tais como: desenvolvimento emocional e relações interpessoais, orientação sexual, prevenção em relação ao uso de substâncias psicoativas, orientação vocacional e preparação para o trabalho, preparação para a aposentadoria, reorientação profissional, lazer, criatividade, etc;
- Análise e proposição de alternativas de reestruturação das relações funcionais entre os membros da equipe multiprofissional, tendo em vista maior participação nas tomadas de decisão e na avaliação e monitoramento das ações e resultados;
- Análise e dinamização dos espaços e eventos educativos em saúde, objetivando transpor o

ritualismo das ações e arranjos ambientais e promover a exploração da criatividade;

- Elaboração e condução de programas de trabalho com grupos que contemplem a prevenção e a promoção da saúde mental da comunidade, objetivando a melhoria na qualidade de vida, a promoção da resiliência psicológica, ou seja, a capacidade de retornar às condições adaptativas anteriores, mesmo depois de uma sobrecarga psíquica, a manutenção dos aspectos saudáveis, a reconstrução de aprendizagens inadequadas, a evitação do agravamento de fatores emocionais que comprometam o espaço psicológico, bem como despertar na população a conscientização desta enquanto agente do processo saúde/doença, fazendo-a refletir sobre suas ações e omissões e oferecendo o serviço como referência;

- Elaboração e condução de programas que contemplem o acompanhamento dos usuários do serviço que se encontram com problemas mentais agudos, tornando o serviço referência nos casos de urgências psicológicas e realizando os devidos encaminhamentos sempre que necessário;

- Participação no acompanhamento dos usuários do serviço que se encontram com problemas mentais crônicos, os quais são assistidos pelos serviços de média e alta complexidade do sistema de saúde;

- Diagnóstico e encaminhamento de problemas de média e alta complexidade aos centros de referência;

- Participação na orientação, treinamento e desenvolvimento técnico-profissional da equipe multiprofissional como também dos agentes de saúde, os quais, inclusive, precisam estar capacitados para identificarem as demandas em saúde mental pelo caráter particular que desfrutam por atuarem no cerne da comunidade e por fazerem parte desta enquanto moradores.

Considerações finais

O grande diferencial do SUS, se comparado às políticas sanitárias anteriores, corresponde ao direito de acesso, igualitário e universal, assegurado à população em relação aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil.

Nesse sentido, o PSF, pela proposta de atenção básica que permeia a ação dos profissionais que atuam nesse contexto, considerando os princípios e diretrizes do SUS, passa a ser a principal via de acesso público aos serviços de saúde.

Tendo em vista a preocupação com a promoção da saúde da comunidade compreendida geograficamente na área de atuação do PSF, cabe aqui ressaltar a necessidade de não negligenciar a saúde mental.

O psicólogo, pelas habilidades e competências que apresenta, é capaz de acolher, escutar e diagnosticar, encaminhando aos serviços de referência os casos mais complexos ou que necessitam de reabilitação, apresentando, ainda, sensibilidade para as questões de ordem psíquica inerentes aos sujeitos e às relações sociais, tendo muito a contribuir para essa perspectiva, tanto no que diz respeito aos aspectos preventivos quanto à manutenção dos aspectos saudáveis da comunidade alvo, priorizando a melhoria na qualidade de vida da população, sendo muitas as possibilidades de ação nesse contexto que, além disso, contribui para o avanço do processo de reforma antimanicomial.

Faz-se necessária, portanto, num contexto de atenção básica a saúde como proposta no Programa Saúde da Família, uma compreensão dialética do humano, percebendo este enquanto ser biopsicossocial. Cabe ao profissional estar atento à realidade que o circunda, proporcionando reflexões, questionamentos e inquietações face às transformações que se apresentam, o que requer flexibilidade e criatividade e, acima de tudo, compromisso com o social.

Ana Carol Pontes de França

Psicóloga clínica. Graduada em Psicologia pela Faculdade Frassinetti do Recife / FAFIRE – PE. Aperfeiçoamento em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças / FENSG – UPE. Atualmente cursando o Mestrado em Psicologia Cognitiva na Universidade Federal de Pernambuco. Endereço: Rua João Batista C. Cunha, 379 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes – PE. Cep: 54400-440. Telefone: (81) 9123-2526. E-mail: acpsicologa@oi.com.br

Bartyra Amorim Viana

Psicóloga clínica e escolar. Graduada em Psicologia pela Faculdade Frassinetti do Recife / FAFIRE – PE. Aperfeiçoamento em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças / FENSG – UPE. Telefone: (81) 8803-4975. E-mail: bartyramorim@oi.com.br

Recebido 06/10/05 Reformulado 29/03/06 Aprovado 06/05/06

BLEGER, José. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96**. Brasília, DF, 1997, 34p.

_____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Sistema Único de Saúde: Constituição Federal – Seção II**. CONASEMS – Publicações Técnicas, n. 02, dezembro/90.

_____. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de Casa**. Brasília: DF, 1994, 18 p.

CABRAL, Bárbara (et. al.). **Estação Comunidade**. In: Lancetti, Antonio (et. al.). **Saúde-Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: HUC ITEC, s.d.

CASÉ, Vânia. **Saúde Mental e sua Interface com o Programa de Saúde da Família: Quatro Anos de Experiência em Camaragibe**. In: Lancetti, Antonio (et. al.) **Saúde-Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: HUC ITEC, s.d.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil**. 17 de outubro de 1992. Disponível em: <http://www.psicologia-online.org.br/legislacao/pdf/atr_prof_psicologo.pdf> acesso em: 10 jul. 2005.

FRANÇA, Ana Carol Pontes de; FEITOSA, Maria Madalena Castro & DUARTE, Lígia Maria de Abreu. **(Re)pensando a Sexualidade: Grupo Temático com Adolescentes do CECOSNE**. Cadernos FAFIRE, vol. 2, n. 6, jul/ago de 2003, ISSN 1676 – 7349.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. **Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (Social) Comunitária – Práticas da Psicologia em Comunidade nas Décadas de 60 a 90, no Brasil**. In: Campos, Regina Helena de Freitas (org.). **Psicologia Social Comunitária: da Solidariedade à Autonomia**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1996.

GUZZO, Raquel Souza Lobo (org.). **Psicologia Escolar: LDB e Educação Hoje**. São Paulo: Alínea, 2002.

LAGES, Itamar. **Programa Saúde da Família: uma Apreciação dos seus Usuários e Trabalhadores**. Dissertação de mestrado, Recife, 2002, 95 p.

LAHAM, Cláudia Fernandes. **Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe**. Disponível em: <<http://www.cepsic.org.br/revista/artigos/v2n2a10.htm>> acesso em: 10 jul. 2005.

NASCIUTTI, Jacyara C. Rochael. **A Instituição como Via de Acesso à Comunidade**. In: Campos, Regina Helena de Freitas (org.). **Psicologia Social Comunitária: da Solidariedade à Autonomia**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1996.

OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa & SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de. **A Saúde no Brasil: Trajetórias de uma Política Assistencial**. In: **Odontologia Social: Textos Selecionados**. Rio Grande do Norte: UFRN, 2002.

ORIENTAÇÃO: o atendimento domiciliar em Psicologia. **PSI Jornal de Psicologia – Conselho Regional de Psicologia**. São Paulo, mai/jun 2001, ano 19, número 128. Disponível em: <http://www.crp.org.br/a_acerv/jornal_crp/128/frames/fr_orientacao.htm> acesso em: 10 jul. 2005.

SILVA, Vera Lúcia Moraes da. **Saúde Mental e Cidadania: uma Pesquisa sobre a Reintegração Psicossocial dos Usuários dos Serviços dos NAPS e CAPS da Região Metropolitana do Recife e o Profissional de Psicologia**. Conselho Regional de Psicologia – PE IX Plenário – Recife: ed. Universitária – UFPE, 2001, 48 p.

SIMON, Rayd. **Teoria da Crise e Prevenção Específica**. In: **Psicologia Plínica Preventiva: Novos Fundamentos**. Local: EPU, 1989.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de (et. al.). **Descentralização e Assistência à Saúde no Brasil: a Oferta de Serviços nos Anos 90**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, pp. 25-36, jan/abr. 2002.

SOUZA, Rafaela Assis de & CARVALHO, Alysson Massote. **Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida: um Olhar da Psicologia**. Natal: Estud. Psicol., vol. 08, n. 03, pp. 515 – 523, dez. 2003, ISSN 1413 – 294X.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães & AMARANTE, Paulo. **Protagonismo e Subjetividade: a Construção Coletiva no Campo da Saúde Mental**. Ciênc. Saúde Coletiva, vol. 06, n. 01, pp. 73 – 85, 2001, ISSN 1413 – 8123.

Referências