

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

OCIMAR GILBERTO OLIVETTI FILHO

O PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CLÍNICA AMPLIADA

COLOMBO
2016

OCIMAR GILBERTO OLIVETTI FILHO

O PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CLÍNICA AMPLIADA

Projeto técnico apresentado como exigência para
obtenção do título de especialista em Gestão em
Saúde do curso de Pós Graduação *Lato Sensu* da
UFPR – Polo Colombo.

Orientador: Prof. Rafael Gomes Ditterich

2016

RESUMO

O presente trabalho retrata uma revisão bibliográfica acerca da história da Psicologia e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) e posteriormente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Também se propõe a desmistificar o lugar da Psicologia na Estratégia Saúde da Família e a importância em utilizar-se da “clínica ampliada” no contexto dos atendimentos na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Clínica Ampliada, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work presents a literature review about the history of psychology and their inclusion in the Unified Health System (SUS) and later in the Family Health Care Strategy. It also aims to demystify the place of psychology in the Family Health Care Strategy and the importance of using up the “extended clinic” in the context of primary health care.

Keyword: Family Health Care Strategy , Extended general practice, Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 APRESENTAÇÃO.....	5
1.2 OBJETIVO GERAL.....	5
1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.3 JUSTIFICATIVA.....	6
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	7
2.1 A PSICOLOGIA EMPÍRICA E SEU TRAJETO NOS CAMINHOS CIENTÍFICOS.....	7
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO.....	11
2.3 A REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	12
2.4 O INÍCIO DE UMA NOVA LÓGICA DOS CUIDADOS À SAÚDE.....	14
2.5 A INTERSECÇÃO DA PSICOLOGIA COM A MUDANÇA NA LÓGICA DOS CUIDADOS À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
2.6 O NASF E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO SUS.....	19
3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	20
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	20
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO – PROBLEMA.....	22
4.1 PROPOSTA TÉCNICA.....	22
4.1.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	22
4.1.2 RECURSOS.....	23
4.1.3 RESULTADOS ESPERADOS.....	23
4.1.4 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho surge como resposta a uma busca pessoal e profissional acerca da inserção do profissional psicólogo sob a lógica de cuidado à saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), com a devida compreensão da própria categoria e também dos demais profissionais da saúde sobre o fazer do psicólogo nesta perspectiva ampliada da clínica (promoção da saúde, prevenção de doenças, clínica ampliada).

A atuação deste pesquisador se dá em instituição privada, num ambulatório médico especializado na Estratégia Saúde da Família, em um serviço de autogestão em saúde. Neste ambulatório conta-se com sete equipes compostas por seis profissionais, sendo um médico de família, um técnico de enfermagem, um enfermeiro, um assistente social, um nutricionista e um psicólogo para cada equipe, que atende até mil e duzentos pacientes da população cadastrada na cidade de Curitiba e Região Metropolitana (vinculadas ao Banco do Brasil).

Apesar de estar inserido o psicólogo na ESF desde o seu início no serviço desta autogestão, ainda observam-se dúvidas sobre a prática do profissional no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), devido ao currículo dos profissionais psicólogos, ao estereótipo do psicoterapeuta (que atua na clínica particular com psicoterapia) e mitos sobre as técnicas psicológicas/psicoterapêuticas.

1.2 OBJETIVO GERAL

- Compreender o papel do profissional psicólogo no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF).

1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a trajetória da Psicologia até a inserção da mesma nos serviços públicos de saúde;
- Identificar a importância do profissional psicólogo na Estratégia Saúde da Família;
- Descrever o processo de trabalho do psicólogo, principalmente sobre a ótica da clínica ampliada e no trabalho multiprofissional.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se faz importante ao passo que o psicólogo conquista espaço cada vez mais consolidado dentro das Políticas Públicas em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se inscreve como porta de entrada na Atenção Primária a Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta realidade requer profissionais capacitados e cientes de suas responsabilidades e papéis frente às equipes de saúde, atuando na perspectiva de uma clínica ampliada, em que os saberes são compartilhados para o manejo dos casos acompanhados pelas equipes de saúde, atingindo-se assim um cuidado em saúde integral e de qualidade. Tal reflexão vem de encontro a ampliação no conceito de saúde e a importância da responsabilidade e do “compromisso da sociedade com seus ideais de saúde” (FERREIRA; BUSS, 2002, p.19). Também a ênfase na multiplicidade e na complexidade dos fatores que influenciam o processo saúde-doença-cuidado das populações.

E é neste contexto que se debate a ampliação da inserção da Psicologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como tema relevante e atual diante do progressivo avanço das práticas de Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Em resposta aos avanços das políticas públicas de saúde, os saberes e as práticas da Psicologia passam a ser cada vez mais solicitados, bem como os de outras categorias profissionais da saúde. Como indícios da relevância da inserção de outros profissionais na ESF, podemos citar o

desenvolvimento de diversos programas de residência multiprofissional em saúde no Brasil (Brasil, 2006) e a aprovação recente dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como política de expansão da atenção integral à saúde na APS do SUS (Brasil, 2008).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A PSICOLOGIA EMPÍRICA E SEU TRAJETO NOS CAMINHOS CIENTÍFICOS

A fim de compreender o tema proposto para este trabalho, faz-se necessária uma rápida revisão histórica da Psicologia.

Braghirolli e Bisi (2002) salientam que, de acordo com a origem grega da palavra, Psicologia significa o estudo ou discurso (logos) acerca da alma ou espírito (*psiquê*). Mas com o crescimento de estudos da ciência¹ psicológica, o foco dos psicólogos ampliou-se, compreendendo diversos aspectos sociais, que não só o comportamento, ou o discurso, dificultando uma definição objetiva do que seria a Psicologia, correndo-se o risco de marginalizar muitos conteúdos e conceitos implícitos a esse ramo científico.

Braghirolli e Bisi (*op. cit.*) ainda observam que, analisando a história da humanidade, podemos observar que o homem sempre esteve atento para as ciências acerca das coisas que são distantes a ele, como a astronomia, por exemplo. Posteriormente foram estruturadas as ciências que começaram a observar o próprio homem, como a Filosofia, Sociologia e a Psicologia.

¹ Ciência é um conjunto de métodos lógicos e empíricos que permitem a observação sistemática de fenômenos empíricos, a fim de compreendê-los. Acreditamos entender fenômenos empíricos quando temos uma teoria satisfatória que explique como funcionam, que padrões regulares seguem, ou por que se apresentam a nós como se apresentam. Explicações científicas são feitas em termos de fenômenos naturais em detrimento dos sobrenaturais, embora ciência em si não exija a aceitação ou a rejeição do sobrenatural. Dicionário do Céptico. Disponível em: <<http://skepdic.com/brazil/ciencia.html>>. Acesso em: 25/11/2007.

Em Myers (1999) encontra-se que a Psicologia se desenvolveu a partir da Filosofia, e posteriormente, da Biologia, com o objetivo de se tornar uma ciência que descreve e explica como pensa, sente e agem os homens.

Os precursores da Psicologia datam dos primeiros textos escritos do mundo. Antes de 300 a.C., o filósofo grego Aristóteles teorizou sobre temas como aprendizagem e memória, motivação e emoção, percepção e personalidade. (MYERS 1999, p. 01).

Na esfera religiosa Tomás de Aquino, Santo da igreja medieval, moldou em 1250 o pensamento Aristotélico, estruturando uma “teoria” significativa para a época.

Braghirolli e Bisi (2002) defendem que Aquino conseguiu unir a determinação Aristotélica das relações corpo-alma e das funções psíquicas, com as doutrinas da igreja, impulsionando e expandindo um modelo de Psicologia Medieval.

A ciência antiga que mais se aproximava da Psicologia era a Filosofia, representada por nomes como: Aristóteles, Sócrates, Platão, Descartes, Hobbes, Spinoza, Locke, Leibnitz, Berkeley, Hume, Kant, Hartley, Mill, Bain entre muitos outros importantes na história da humanidade e da Psicologia. (WERTHEIMER, 1991).

No entanto, foi em 1879, na Alemanha, especificamente na cidade de Leipzig, que Wilhelm Wundt (1832-1920) criou o primeiro laboratório de Psicologia, concedendo o conceito de científica, à ciência dos comportamentos (Psicologia).

Wundt explorava a estrutura da mente, ensaiando explicar os fenômenos psicológicos em resposta aos estímulos oferecidos pelo ambiente, o que resultou numa escola conhecida como estruturalismo. (BRAGHIROLLI e BISI *op. cit.*).

Em outras palavras, para Wundt, o objeto da Psicologia era a análise da experiência consciente (ou conteúdo mental) nos seus componentes básicos e a determinação dos princípios pelos quais estes elementos simples se relacionam para formar a experiência complexa. (BRAGHIROLLI e BISI *op. cit.*, p.17).

Os conceitos do estruturalismo foram levados para a América do Norte por E. B. Titchener (1867-1927), discípulo de Wundt.

No entanto, o estruturalismo, da forma concebida por Wundt, impossibilitava o trabalho com crianças e portadores de anormalidades psíquicas, pelo fato de que a introspecção proposta necessita de indivíduos treinados e atentos para

descreverem fidedignamente suas sensações. Por conta dessa dificuldade surge nos Estados Unidos uma nova onda, o funcionalismo.

Os funcionalistas extrapolam o campo de estudos sobre o que a mente é (estrutura), e passam a se interessar mais no que a mente faz, nos seus processos e suas funções. (WERTHEIMER, 1991). Os nomes mais significativos desse movimento incluem Willian James, John Dewey e James Cattell.

Problemas práticos e cotidianos na vida das pessoas puderam ser observados e tratados pela Psicologia após o advento do funcionalismo, como o ensino, a aprendizagem, comportamentos anormais, análise das diferenças individuais, etc, como bem retratam Braghirolli e Bisi (2002).

Tanto o estruturalismo como o funcionalismo, em suas concepções iniciais não mais existem, mas foram de suma importância para a construção das atuais vertentes em Psicologia.

No final do século XIX, Sigmund Freud (1856–1939) cria a Psicanálise (década de 1890) e a apresenta sua teoria ao mundo. Seu aparecimento foi independente, mas a psicanálise é considerada uma corrente psicológica que se preocupa com a investigação e o entendimento dos fatores inconscientes das motivações e sofrimentos humanos.

O consciente é somente uma pequena parte da mente, inclui tudo o que estamos cientes num dado momento. Embora Freud estivesse interessado nos mecanismos da consciência, seu interesse era muito maior com relação às áreas da consciência menos expostas e exploradas, que ele denominava *pré-consciente* e *inconsciente*. (grifos do autor). (FADIMAN e FRAGER, 2002, p. 07).

Algumas das ideias freudianas foram e são ainda discutidas na comunidade científica, o que fez surgir os neopsicanalistas, que se apropriam de alguns conceitos de Freud, e re-interpretam outros, mas não dispensam sua importante contribuição. (BRAGHIROLLI e BISI *op. cit.*).

Descontente com a situação da Psicologia mundial, do início do século XX, John Watson, em 1913, propôs uma nova vertente da Psicologia, elegendo o comportamento observável como objeto de estudo. Descartou os processos internos e os sentimentos, evidenciando o meio social como formador da personalidade, criando a ciência do comportamento (behaviorismo). (BRAGHIROLLI e BISI *op. cit.*).

Os principais precursores do behaviorismo foram Watson, Bacon, Pavlov e Skinner.

O behaviorismo é uma proposta que torna possível uma abordagem experimental do comportamento humano [...] Ele pode necessitar de esclarecimento, mas não necessita ser questionado. Não tenho dúvida sobre o triunfo eventual da posição - não que será provada sua validade, mas que ela forneceu o caminho mais direto para uma bem sucedida ciência do homem. (SKINNER *apud* FADIMAN e FRAGER, 2002, p. 190).

Enquanto o behaviorismo conquistava seu espaço na Psicologia, um fisiólogo russo, Ivan P. Pavlov (1849-1936) desenvolvia experimentos de condicionamento com animais, que segundo Braghirolli e Bisi (2002), explicava o pressuposto behaviorista do aprendizado sem referência a processos internos, mas através de encadeamentos, combinações e generalizações de condicionamentos simples.

Segundo Roberts (1971) e Kinkade (1973) (*apud* FADIMAN e FRAGER, 2002), o behaviorismo teve grande importância para a Psicologia, abrindo novos caminhos e práticas institucionais e psicoterápicas que ainda hoje, no século XXI, são utilizadas e ensinadas.

Mesmo com tanto avanço na ciência do comportamento, os estudiosos fragmentavam o homem e seus produtos, especializando cientistas, que "sabem quase tudo, sobre quase nada".

A cosmovisão moderna, que nos brindou com imensos benefícios através do incontestável e espetacular progresso tecnológico, deixou-nos também um tenebroso legado, que pode ser traduzido como uma arraigada atitude fragmentada, geradora de alienação, conflitos e incontestável sofrimento psíquico. (CREMA, 1989, p. 23).

Com a mudança paradigmática de um modelo newtoniano-cartesiano para um foco *holístico*² do ser e do mundo (citando Weil, 1990), (o paradigma holístico emergiu na Universidade Holística Internacional de Paris, 1986, quando surgiu a *definição do termo "holística"*³ e este foi incluído em seus estatutos) a Psicologia, por ser uma linha do conhecimento científico, acompanhou essa mudança paradigmática, estruturando novos modelos de concepção de sujeito-mundo e técnicas psicoterapêuticas.

² Holística: Vem do grego *holos* que significa "todo", "inteiro". Holística é, portanto um adjetivo que se refere ao conjunto, ao "todo", em suas relações com suas "partes", à inteireza do mundo e dos seres. (WEIL, 1990).

³ (...) "o todo" e cada uma de suas sinergias estão estreitamente ligados, em interações constantes e paradoxais. (WEIL, *op. cit.*, p 13).

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO

Em meados de 1980, durante o processo de redemocratização, observa-se um movimento no Brasil que objetivava a reforma sanitária. Este Movimento Sanitário brasileiro abraçava as ideias de Saúde Coletiva e a superação do modelo biologicista, médico centrado, curativo e medicalizador que imperava no entendimento do cuidado à saúde daquela época. A saúde coletiva compreende as necessidades sociais de saúde como principal foco de compreensão e intervenção na esfera da saúde e busca a construção e fortalecimento da autonomia dos sujeitos (CRUZ, 2009; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

As propostas do Movimento Sanitário foram coligadas pela Constituição Federal de 1988, tendo como uma de suas definições a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem se oficializar em 1990 com a Lei n.8080 (de 19 de setembro de 1990), que define e regulamenta a implantação e operacionalização do SUS. O artigo 7º da Lei n.8080, em concordância com o previsto na Constituição Federal, determina que as ações desenvolvidas no SUS devem, necessariamente, estar de acordo com treze princípios norteadores, dentre eles: a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1990).

Segundo Cunha e Cunha (1998), os princípios que regem o SUS brasileiro e sua descrição são:

- **Universalidade:** saúde é um direito de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
- **Equidade:** Embora todos tenham direito aos serviços de saúde, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Portanto, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social.
- **Integralidade:** Considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a

reabilitação. O princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras esferas/setores/políticas públicas, a fim de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida das pessoas. Para que estes princípios sejam operacionalizados, o SUS organiza-se em três níveis de atenção, sendo a Atenção Básica à Saúde (ABS) o eixo estruturador de todo o sistema. As ações e os serviços oferecidos pela ABS do SUS ultrapassam a assistência médica, englobando as necessidades de determinada comunidade. Para isto, é fundamental que se invista e construa uma relação de proximidade e diálogo entre os profissionais, com o território e com a população atendida. O vínculo que surge a partir do diálogo mostra-se como o instrumento fundamental de construção da atenção integral à saúde.

2.3 A REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A reorientação da antiga forma de atenção à saúde levou o Governo Federal a adotar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo enfoque das práticas está na família, e não apenas no indivíduo. Esta abordagem é operacionalizada por meio de equipes multiprofissionais, habilitadas para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação em saúde (Brasil, 1997).

Pensar em ampliação do modelo biomédico e lógica de cuidado à saúde no Brasil e no mundo globalizado, sistematicamente perpassa por diversos saberes e disciplinas que ultrapassam o “bloco de Medicina” da Universidade, englobando saberes da Saúde Pública, Saúde Mental, Ciências Sociais, etc. Neste segmento, temos um importante pesquisador que descreveu um método conhecido como Paidéia, o professor Gastão Wagner de Sousa Campos, que se propôs a repensar a relação singular profissional – usuário e ao mesmo tempo reformular o paradigma da Saúde Baseada em evidências que sustenta a clínica contemporânea. (CAMPOS, 2005).

A concepção Paidéia caracteriza-se pelo esforço contínuo em envolver trabalhadores e usuários nos processos de reorganização e reforma, levando em

consideração que mudanças estruturais e organizacionais têm eficácia aumentada quando acompanhadas por mudanças no modo de ser dos indivíduos envolvidos (FERNANDES; FIGUEIREDO, 2015).

A clínica inscreve-se nos sujeitos de formas heterogêneas, algumas delas encontrando lugar cativo em protocolos e manuais, outras encarnando-se em sujeitos e suas complexidade vivencial que não encontra espaço confortável nos manuais descritivos. Sendo assim, é emergente a construção/adequação de sistemas de saúde que combine a padronização técnica de condutas diagnósticas e terapêuticas com as necessidades e variações presentes em cada caso (Sujeito).

Atuamos de acordo com nossas representações culturais de saúde que servem de filtros para aceitar ou rejeitar novas práticas e estruturas organizacionais. Levando em consideração que a prática médica é sempre uma construção histórica e social, o modelo biomédico representa o paradigma científico e cultural presente na maioria dos profissionais da saúde, servindo de referencial para moldar os desejos e interesses dos usuários e modelar as organizações de saúde. Portanto, os atravessamentos representados nos processos de trabalho têm, no fundo, como referência, este modelo.

A fim de modificar a forma como os processos de trabalho são inscritos na prática, surge um conceito chamado “clínica ampliada” ou “clínica social” ou “clínica transdisciplinar” (FERREIRA NETO, 2008) que problematiza a atuação do psicólogo clínico para além do *setting* tradicional, observando a atuação clínica em contextos comunitários/sociais. Esta “clínica ampliada” se caracteriza por aquela desenvolvida em equipe multiprofissional, com procedimentos diversos como oficinas, grupos psicoeducativos e visitas domiciliares, objetivando alcançar pequenos ou grandes grupos, cujo sofrimento pode ou não incluir doenças instaladas. Portanto, a clínica de fato se amplia, desde o foco de intervenção (de indivíduos para coletividades), ao espaço físico (da sala privativa de atendimento para instituições e locais diversos), à população atendida (de pessoas de classe social abastada à pessoas de baixa renda), às suas estratégias (da psicoterapia individual à terapia comunitária e psicoeducação), às suas teorias (das voltadas para o intrapessoal às ecológicas), aos agentes de execução do trabalho (do trabalho conduzido apenas pelo psicólogo ao conduzido por profissionais de saberes) e aos níveis de prevenção (do tratamento e reabilitação à prevenção e promoção de saúde).(MURTA; MARINHO, 2009).

2.4 O INÍCIO DE UMA NOVA LÓGICA DOS CUIDADOS À SAÚDE

A partir da Conferência de Alma-Ata (1978) a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que os serviços de saúde se (re) organizem, tornando-se centrados nas Pessoas (permitindo a participação em todos os níveis e assumindo lugar de destaque na responsabilidade por sua própria saúde) e focados na qualidade (permitindo a cobertura universal e o acesso equitativo, além de estarem direcionados para a Atenção Primária à Saúde (APS)). Este movimento deu início a uma nova lógica de cuidado a saúde, que foi otimizada e aprofundada com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa – Canadá – 1978); Conferência de Adelaide (Austrália- 1988); Conferência de Sundsvall (Suécia – 1991); Conferência de Jacarta (Indonésia – 1997) e México (2000). (SUNDFELD, 2010).

Este movimento social da saúde coletiva culminou criação do Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo uma alteração no modelo de atenção à saúde. O modelo utilizado até ali (modelo tradicional da biomedicina) baseava-se numa estrutura de competências e de gestão hierarquizada e numa lógica de cuidados que privilegia demasiadamente a dimensão biológica para definir saúde e doença: paradigma biomédico em saúde e a seus elementos: curativismo, biologicismo, unicausalidade, mecanicismo, especialização e individualismo (WESTPHAL; SANTOS, 1999). É necessário fazer clínica na atenção básica (ABS), sem querer transferir o fazer hospitalar para a atenção básica, porque os contextos são bastante diversos. Nesta perspectiva a o *Programa Saúde da Família* (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF) objetiva focar a atenção tanto na dimensão social quanto na dimensão subjetiva das vulnerabilidades em saúde, indo além das práticas curativas (reabilitadoras), objetivando também a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Muito embora esta estratégia proponha uma grande potencialidade de tornar-se um sistema eficaz para enfrentar as vulnerabilidades em saúde.

A reorientação da Atenção Básica no Brasil ocorreu em 1998, momento que o Ministério da Saúde (MS) adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é operacionalizada por meio de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), objetivando transcender o modelo tradicional de atenção à saúde, curativo e hospitalocêntrico (voltado para o hospital). (COUTO *et. al.*, 2013). O

objetivo era e continua sendo o de ampliar o conceito de saúde e a importância da responsabilidade e do “compromisso da sociedade com seus ideais de saúde” (FERREIRA; BUSS, 2002, p.19).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) se inscreve no Sistema Único de Saúde (SUS) como sendo a principal porta de entrada e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

As equipes multiprofissionais na ESF atuam a partir de estratégias e ações que objetivam promoção da saúde, proteção e recuperação (BRASIL, 1997). O território é dividido de acordo com o número de equipes e população adscrita, possibilitando assim sua cobertura e cuidados pelas equipes, que contam com um médico da família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo comportar também outros profissionais às equipes (psicólogo, assistente social, farmacêutico e educadores físicos). (BRASIL, 1997). Cada equipe é responsável por uma população específica, a qual monitora e acompanha longitudinalmente, facilitando assim a aproximação entre usuários e profissionais e uma abordagem integral dos indivíduos. (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

2.5 A INTERSECÇÃO DA PSICOLOGIA COM A MUDANÇA NA LÓGICA DOS CUIDADOS À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

E é neste cenário que se pensou a inserção da Psicologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como tema emergente e atual diante do crescimento exponencial das práticas de Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Como reflexo dos avanços e a lógica de cuidados da ESF, que objetiva empoderar as pessoas e comunidades para o autocuidado, os saberes e as práticas da Psicologia passam a ser cada vez mais requisitados e necessários, bem como os de outras categorias profissionais da saúde. Em resposta às demandas por profissionais de diversas áreas do conhecimento, deve-se observar o aumento de diversos programas de residência multiprofissional em saúde no Brasil (Brasil, 2006) e a aprovação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Nesse cenário o profissional psicólogo se vê diante do despreparo histórico e acadêmico da categoria para desenvolver um trabalho em sintonia com os imperativos de mudança e com as políticas em saúde. Em particular, na realidade brasileira, um modelo de formação limitado e desconectado com o SUS ainda se apresenta como desafio para o avanço das práticas do psicólogo na saúde pública. O modelo de formação do psicólogo ainda é pautado numa centralização excessiva na atividade clínica tradicional e na prática psicoterapêutica de longa duração, afastando-se assim das demandas inscritas no fazer da saúde pública brasileira. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001; BERNARDES, 2007; DIMENSTEIN; MACEDO, 2007).

Dimenstein (1998) aponta que a inserção dos psicólogos no âmbito das instituições públicas de saúde teve início no final da década de 1970. Nesta mesma década que o modelo médico gradativamente foi perdendo força e sendo caracterizado como um modelo privatista, orientado pelo lucro, com ênfase numa prática médica curativa, individual e assistencialista, em detrimento da saúde pública. No setor de saúde mental, que absorveu os primeiros psicólogos, os questionamentos sobre o modelo hospitalocêntrico, devido aos efeitos danosos das internações prolongadas e suas implicações em termos de eficácia e consequências éticas abriram espaço para propostas de desospitalização da assistência médico-psiquiátrica e uniram-se aos movimentos de reforma psiquiátrica desenvolvidos na década de 1940 nos EUA e Europa. Porém, pensar em desinstitucionalização automaticamente requer reflexões sobre atendimento em rede extra-hospitalar destes indivíduos, ao mesmo tempo mais eficazes e de menor custo social, então apresentou-se necessária a formação de equipes multiprofissionais, comprometidas com as transformações exigidas para a desospitalização, como a criação de serviços substitutivos. Aí, os médicos que eram maioria predominante nos serviços de saúde mental precisaram acolher outros profissionais para manejar os casos e cuidar dos pacientes, dentre eles o psicólogo. Dimenstein (1998) também aponta para a crise econômica e social no Brasil na década de 1980 como alavanca para a entrada dos psicólogos nos espaços institucionais públicos, pois a demanda para o mercado dos atendimentos privados sofreu uma defasagem que provocou desequilíbrio entre a oferta e a procura dos serviços de psicologia. A partir daí, o psicólogo passou a fazer morada em espaços como hospitais psiquiátricos e gerais, postos e centros de saúde, maternidades, etc. (SUNDFELD, 2010).

O próprio trajeto histórico que a saúde pública vem percorrendo, de progressiva aproximação a um conceito ampliado de saúde, requer a construção de uma práxis sanitária necessariamente interdisciplinar, na qual os elementos psicológicos se tornaram fundamentais. Frente a um contexto de abertura e de ampliação de sua inserção no SUS, a Psicologia se depara como herdeira de uma história marcada, em geral, por atuações incipientes e limitadas na saúde pública brasileira. A Psicologia é uma profissão recente (oficializada no Brasil apenas em 1962) e tem uma trajetória histórica na sociedade brasileira fortemente marcada por compromissos elitista e com a manutenção do *status quo* (BOCK, 2003; YAMAMOTO, 2003; DIMENSTEIN, 2001). A Psicologia inscreve, nesse contexto, um acúmulo histórico-cultural de uma atuação profissional acariciada pela dicotomia corpo-mente, pelo trabalho isolado e uniprofissional, pela focalização em abstratos elementos mentais e pela reprodução descontextualizada da atividade clínica individual privativa (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Nesta perspectiva, a profissão contribuiu mais para a manutenção do modelo biomédico do que para a transição para aquele modelo que se busca na ESF. Na esfera teórica, os fenômenos psíquicos ou mentais foram sendo abordados descontextualizados das dimensões sociais, econômicas e políticas específicas onde o processo saúde-doença-cuidado se constitui (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Num movimento histórico de mudanças que vem se configurando no setor saúde do Brasil, novos espaços são criados, como os NASF e os programas de residência multiprofissional em saúde, possibilitando uma participação da categoria de psicólogos no SUS, ampliando as reflexões e agregando saberes para incrementar os currículos trazidos da universidade. Há um esforço também, no sentido de incrementar os currículos dos psicólogos para atuarem na saúde pública brasileira por parte de entidades de classe como a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP), que vêm buscando estabelecer diretrizes nacionais para qualificar a presença dos psicólogos no SUS (2006), tomando como objeto de reflexões os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação em Psicologia. Outra entidade que vem mostrando interesse e preocupação na inserção de profissionais capacitados no SUS é o Conselho Federal de Psicologia, que realizou em 2008 o seminário nacional intitulado O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Prática da Psicologia, problematizando temas como os as formas que a profissão pode aprofundar sua

atuação e fortalecer a saúde pública brasileira a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Frente a este cenário de desafios, pode-se afirmar que um grande campo de possibilidades e necessidades de atuação do psicólogo na saúde pública precisa ser problematizada, com o objetivo de se empreender expressivas mudanças nos processos de formação e de atuação dos psicólogos. Para a superação das lacunas existentes na interface Psicologia e SUS, a atuação do psicólogo deve estar em sintonia, em um nível macropolítico, com os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), e, em um nível micropolítico, abalizar os processos de construção de subjetividades dos vários atores envolvidos no trabalho em saúde. (BENEVIDES, 2005)

O SUS, portanto, apresenta-se como um desafio histórico para a formação e prática dos psicólogos, desafio esse que requer não apenas uma participação profissional melhor embasada tecnicamente, mas, sobretudo, a inquietação e o impulso do movimento de reforma sanitária que esse arcabouço institucional representa. Este movimento resultou na consolidação da saúde como direito de todos e dever do Estado, a partir da conquista de um sistema de saúde universal, arrolado na integralidade e na equidade da atenção e do cuidado.

A criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre outras questões inscreve-se na busca de concretizar os princípios do SUS, aumentando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a população, e racionalizando os gastos públicos. A ESF vem consolidando-se como política responsável pela APS no SUS e em sistemas particulares de cuidados à saúde, como exemplo a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, que incorporou a ESF em todo seu serviço próprio de atendimentos aos participantes nos estados brasileiros. Como APS, a ESF mostra-se com as seguintes características: acessibilidade, primeiro contato entre o usuário e o sistema de saúde, pautar-se no vínculo profissional-usuário, na atenção longitudinal e integral, na adstrição de clientela, na focalização na família e na orientação comunitária (STARFIELD, 2002 *apud* CAMARGO-BORGES & CARDOSO, 2005).

2.6 O NASF E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO SUS

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram designados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da ABS, bem como sua resolubilidade. São compostos por equipes formadas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, dando suporte aos profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas. Estes profissionais devem atuar diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual (is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes. Os NASF fazem parte da ABS, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimentos, devendo ser organizados pelas equipes da ABS quando forem necessários (atendimentos). Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da clínica ampliada, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. Todas as atividades podem se desenvolver nas Unidades Básicas de Saúde, Academias da Saúde ou em outros pontos do território. A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde, destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou Academia da Saúde. (BRASIL, 2012)

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Diante do exposto este trabalho objetiva algumas ações no âmbito da empresa de autogestão em saúde, no intuito de fortalecer os princípios e conceitos da clínica ampliada na ESF, garantindo uma atuação de qualidade e alinhada às políticas de saúde vigentes no Brasil atual.

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

A empresa de autogestão em saúde, objeto de investigação e intervenção deste trabalho é a maior operadora de autogestão em saúde do Brasil, com mais de 720 mil participantes. Criada há 72 anos, oferece atendimento aos funcionários da ativa e aposentados de uma instituição bancária e seus dependentes, por meio do Plano de Associados, e a seus parentes até terceiro grau, que podem aderir ao Plano CASSI Família.

O serviço de ESF desta empresa segue os mesmos princípios do SUS e é composto por sete equipes, as quais gerenciam um grupo populacional de até mil e duzentas vidas, que atuam no serviço próprio da empresa em todo território nacional, principalmente nas grandes cidades. Cada equipe é composta por seis profissionais, sendo: um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um nutricionista, um assistente social e um psicólogo. Nestas equipes, o técnico de enfermagem atua como o Agente Comunitário de Saúde, sendo o profissional que faz as visitas, agenda consultas para os pacientes que necessitam e conhecem profundamente as características da população atendida por sua equipe.

Nesta cidade de Curitiba – PR, o serviço próprio, está alocado no Centro Cívico, em prédio próprio, que comporta diversos setores, dentre eles: área assistencial, comercial, de regulação e administrativo. Além dos serviços assistenciais na área da saúde, o serviço próprio realiza perícias médicas, exames periódicos, admissional e demissional dentre outros.

Missão

"Assegurar ações efetivas de atenção à saúde por meio de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, para uma vida melhor dos participantes”.

Visão de Futuro

“Ser referência em soluções e sistema de saúde”.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Através de observação e experiência pessoal no serviço, contatou-se a importância em desmistificar o trabalho do psicólogo nas equipes de saúde, visto que a formação básica dos profissionais que compõem tais equipes é no Sistema Único de Saúde (SUS), nas Unidades Básicas, Unidades de Pronto Atendimento e Estratégia de Saúde da Família no SUS. Na grande maioria estes serviços públicos não contam com o profissional psicólogo atuando em conjunto com as equipes, estando geralmente em Unidades de Apoio Matricial, como os NASF.

Frente ao exposto, observa-se desconhecimento sobre o fazer do profissional psicólogo na Atenção Básica, na prevenção de doenças e promoção da saúde, pois os profissionais da equipe multidisciplinar estão vinculados a imagem do psicólogo clínico, que atua por horas, dias e meses com um paciente no divã, em processo analítico. Este estereótipo compromete a atuação em clínica ampliada e consultas compartilhadas, remetendo o profissional psicólogo para um lugar de isolamento e sub-aproveitamento.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO – PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

- Absorção de estagiários de Psicologia de Universidades dentro do território da empresa a fim de ampliar os conceitos dos universitários sobre o fazer do Psicólogo na ESF e desmistificar o papel do psicólogo frente aos profissionais da equipe multidisciplinar;
- Abertura de espaço semanal para discussão de casos conduzidos pelo psicólogo a fim de acolher o arsenal subjetivo das situações emergentes em cada equipe de saúde na qual o psicólogo está inserido;
- Oferecer oficinas de capacitação para profissionais da equipe multidisciplinar com temas emergentes na área da Psicologia;
- Oferecer oficinas de sensibilização para os gestores sobre o fazer do psicólogo na ESF.

4.1.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Responsável pela implantação: O plano de implantação será de responsabilidade do setor de Psicologia desta empresa de autogestão, composto por dois psicólogos.

Prazo e forma de monitoramento: A proposta de intervenção será implantada ao longo do ano, com início no mês de maio, incluindo-se no calendário de Educação Continuada da empresa. Os contatos com Universidade para abertura de campo para estágio terão início no mesmo mês. O monitoramento se dará através de observação e cumprimento sistemático dos itens que compõe esta proposta de intervenção.

4.1.2 RECURSOS

Para implantação dos itens desta proposta de intervenção não há custo financeiro estimado, sendo aproveitado o que já é oferecido pela empresa, como material didático-pedagógico e mão – de – obra própria (setor de Psicologia). Serão utilizadas salas de treinamento, material audiovisual, folhas de *flipchart*, canetas e folhas A4.

4.1.3 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com o findar da intervenção uma mudança na leitura do fazer do psicólogo na ESF a partir de uma compreensão ampliada do papel do profissional psicólogo na ABS e na prevenção de doenças e promoção da saúde. Para isto, será realizada uma pergunta aberta sobre o conhecimento de cada profissional participante desta intervenção acerca do trabalho do psicólogo na ESF e sobre seu conhecimento sobre a “clínica ampliada”. E, ao final do trabalho, a mesma pergunta será abordada, fazendo uma avaliação qualitativa das respostas comparando-as.

4.1.4 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Durante a realização da proposta de intervenção alguns profissionais participantes podem ser desligados da instituição, não impactando significativamente no aproveitamento dos demais participantes nem na qualidade dos resultados, porém existe a possibilidade de rápida inclusão de novos profissionais contratados pela instituição.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para consolidação da estratégia de Saúde da Família**. Ciência e Saúde Coletiva, 2007.

ARAÚJO, Maristela. **Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova**. Psicologia ciência e profissão. Brasília, v. 33, n. 2, p. 500-511, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09/mar/2016.

BOCK, A.. **Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites**. In A. Bock (Org.), Psicologia e compromisso social. São Paulo: Cortez, 2003.

BENEVIDES, Regina. **A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?** Psicologia e Sociedade; 17 (2): 21-25; mai/ago 2005.

BRAGHIROLI, E. M.; BISI, G. P. **Psicologia Geral**. 22. ed., Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20/set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1997. Recuperado em julho/2012 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios (414 p.). Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Núcleos de apoio à saúde da família. Recuperado em 06/setembro/2009 de http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

CAMARGO-BORGES, C., CARDOSO, C. L.. **A psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres**. Psicologia e Sociedade, 17(2), 26-32. Maio/ago, 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Autor, 2009.

COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P. B.; DALBELLO-ARAUJO, M. **Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova**. Psicologia ciência e profissão [online]. Vol.33, n.2, pp.500-511,2013.

CREMA, R. **Introdução à visão holística: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma**. São Paulo, Summus, 1989.

CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado à saúde** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, 2009. Recuperado de <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10398>.

CUNHA J.P.P., CUNHA ROSANI R. E. **Sistema Único de Saúde – SUS: princípios**. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L. M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

DIMENSTEIN, M.D.B. **O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais**. Estudos de psicologia. ,v. 3, n. 1, p. 53-81,1998.

FADIMAN, J; FRAGER, R. **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Harbra, 2002.

FERREIRA, J. R., & BUSS, P. M. **O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde?** In R. Bodstein, L. Zancan, & W. Marcondes (Orgs.), Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

FERREIRA NETO, J. L. **Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2008.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M. D. **Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas.** Rio de Janeiro: Physis, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100287&lng=pt&nrm=iso Acesso em 24/ mar/2016.

JUNGES, J. R. *et al.* **Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades.** Revista da escola de enfermagem. USP, São Paulo, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400028&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05/Jan/2016.

MYERS, D. G. **Introdução a Psicologia Geral.** Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos, 1999.

MURTA, S. G., MARINHO, T. P. C. **A Clínica Ampliada e as Políticas de Assistência Social: uma Experiência com Adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família.** Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas Vol.1 N°1, 2009. Disponível em: www.crp09.org.br. Acesso em 24/03/2016.

PAIM, J; & ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas?** 32(4), 299-316. Doi: 10.1590/S0034-89101998000400001, Revista de Saúde Pública, 1998.

RIBEIRO, E. M, PIRES D, BLANK V.L.G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família.** 20(2):438-46. Caderno de Saúde Pública. 2004.

SUNDFELD, A. C. **Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência.** Rio de Janeiro: Physis, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09/Mar/2016.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. **A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios.** Psicologia em Estudo. 6(2), 49-56, jul./dez 2001.

WEIL, P. **Holística: Uma nova visão e abordagem do real.** São Paulo: Athena, 1990.

WERTHEIMER, M. **Pequena história da psicologia**. São Paulo: Nacional, 1991.

WESTPHAL, M. F., & SANTOS, J. L. F.. **Práticas emergentes de um novo paradigma em saúde: o papel da universidade**. 13(35), 71-88. Estudos Avançados, 1999.

ANEXO