

UMA ANÁLISE DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS

AN ANALYSIS OF THE PRACTICE OF THE PSYCHOLOGIST IN PRIMARY ATENTION: CONTRIBUTIONS AND CHALLENGS

GABRIELA FERRIS^{1*}, NATÁLIA BARZAGHI²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá Uningá; 2. Graduada e mestre em Psicologia pela UEM, doutoranda em Psicologia pela UNESP e professora assistente Centro Universitário Ingá.

* Rua: Emílio de Menezes, 244, Nova Esperança, Paraná, Brasil. CEP: 87600-000. gabrielaferris@hotmail.com

Recebido em 22/09/2016. Aceito para publicação em 11/05/2016

RESUMO

Neste estudo propomos contextualizar a atuação do psicólogo inserido na saúde pública brasileira, especificamente na Atenção Primária. Através de pesquisa realizada na base de dados eletrônicos SciELO com os descritores: Psicologia. Atenção Primária. SUS. Intervenções. Modelo clínico, foram analisados artigos que discorriam sobre o tema. Notou-se que, apesar de razoável ser o tempo em que entende-se a Psicologia como ciência, ainda há uma visão predominantemente clínica deste campo de estudo. Para muitos, a saúde pública não abrange a atuação de psicólogos, desta forma são incontáveis os desafios encontrados por estes profissionais. Para que este cenário seja alterado se tornam necessárias mudanças nos modelos de atuação, especialmente na formação de psicólogos, para que estes se renovem, inovando e adaptando seus conhecimentos à demanda, e aos princípios e diretrizes encontrados no SUS. No decorrer deste artigo foram pontuadas algumas intervenções para melhor atuação do psicólogo, levando-se em consideração a realidade na qual estamos inseridos.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia, atenção primária, SUS, intervenções, modelo clínico.

ABSTRACT

In this proposed study, contextualized the role of the psychologist in the Brazilian public health, specifically in primary care. Through research conducted on electronic database Scielo with the keywords: Psychology. Primary Health Care. SUS. Interventions. Clinical model. Analyzing discorriam articles on the topic. It was noted that, despite reasonable be the time that considers the Psychology as a science, there is still a predominantly clinical vision of this field of study. For many, public health does not cover the activities of psychologists, in this way are countless the challenges encountered by these professionals. For that this situation can be changed, if necessitate changes in models of practice, especially in the training of psychologists, to renew, innovating and adapting their knowledge to demand, and to the principles and guidelines

found in the SUS. In the course of this article were punctuated some interventions to better performance of the psychologist, taking into consideration the reality in which they are inserted.

KEYWORDS: Psychology, primary health care, interventions, clinical model, SUS (Unified health system).

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo consiste no Trabalho de Conclusão do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Ingá (UNINGÁ) e tem como objetivo compreender a atuação profissional da Psicologia no contexto da atenção primária em saúde no Brasil, por meio da análise de artigos científicos que versem sobre o tema.

A fim de compreender melhor o cenário em que se insere a temática fora realizada uma revisão de literatura acerca da construção da assistência pública à saúde no Brasil e da construção da Atenção Primária em Saúde, bem como, dos caminhos da Psicologia enquanto profissão e seu encontro com tais práticas. Posteriormente realizou-se uma pesquisa na base de dados eletrônicos SciELO a partir dos descritores Psicologia, Atenção Primária e Unidades Básicas de Saúde, os artigos selecionados foram analisados com vistas ao entendimento da atuação profissional no contexto da atenção primária.

Atualmente a organização da Assistência Pública à saúde no Brasil se dá por meio do SUS, que tem por objetivo a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência. Dentre os três níveis de atenção à saúde pelos quais se organizam o sistema, destaca-se o primeiro nível de atenção, em que se inserem as Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção primária tem como características principais o fato de constituir enquanto o primeiro contato com o usuário do serviço de saúde, apostando na potência dos vínculos e nas perspectivas sócio-culturais do território para efetivar a promoção da saúde e a prevenção da doença. Neste contexto, o traba-

lho é organizado por meio da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em paralelo, a Psicologia foi tomada como ciência há cerca de 100 anos, entretanto a regulamentação como profissão no Brasil foi realizada em 1962, perante a Lei 4.119. Inicialmente a atuação de psicólogos se dava através de consultórios privados e, até hoje, muitos ainda têm a visão puramente clínica da Psicologia. A princípio a saúde pública não era vista como campo para atuação dos psicólogos, desta forma, existem muitos desafios para a inserção do psicólogo neste campo, um ponto importante a ser destacado diz respeito a adequação da formação em Psicologia às reais necessidades de inserção deste profissional, sobretudo, levando em consideração as áreas emergentes, tais como as políticas públicas.

Nota-se a partir desse trabalho que a atuação do psicólogo nas UBS colabora de diversas maneiras principalmente para a humanização do atendimento ao usuário.

A partir do entendimento da importância da atuação do psicólogo nas UBS pretende-se com este trabalho compreender quais as possibilidades de intervenções do psicólogo nesta área e quais são os desafios encontrados no dia a dia desses profissionais, visando colaborar com as reflexões acerca deste campo de estudo e atuação.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Neste trabalho será utilizada uma análise qualitativa de dados retirados de artigos pesquisados na Base de Dados Eletrônicos – SciELO, filtrados através dos descritores: Psicologia, atenção primária e Unidades Básicas de Saúde. Com esses descritores buscou-se publicações que explanassem a relação entre o profissional da psicologia e a Atenção Básica, tema deste artigo. Após a pesquisa surgiram sessenta e cinco artigos e, através de avaliações por meio da leitura de todos os resumos filtrados, fizemos a seleção de seis artigos, os quais contêm informações ligadas diretamente ao objetivo do trabalho, além de relatarmos a frequente ocorrência de informações aplicadas por diferentes pessoas, o que nos leva a dar amplitude e credibilidade/coerência às informações catalisadas.

São eles: “Atuação psicológica coletiva: Uma trajetória profissional em Unidade Básica de Saúde (LIMA, 2005)”, “O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamento (RONZANI E RODRIGUES, 2006)”, “O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva (DIMENSTEIN, 2001)”, “A Epistemologia Sistêmica como Substrato à Atuação do Psicólogo na Atenção Básica (BOING, CREPALDI E MORÉ, 2009)”, “A Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família (CARDOSO, 2002)” e “Programa Saúde da Família e Qualidade de

Vida: Um Olhar da Psicologia (SOUZA E CARVALHO 2003)”.

Após seleção, os artigos foram lidos e explorados, buscando retirar informações necessárias para o entendimento da prática dos psicólogos na Atenção Primária, bem como à ampliação do conhecimento.

3. DESENVOLVIMENTO

Saúde e Atenção Básica – Histórico e inserção no sistema brasileiro

Antecedendo a construção e efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde sintetizava sua atuação às atividades baseadas na prevenção de doenças – sobretudo por meio de campanhas coletivas de vacinação, ao passo que o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) provia a assistência médico-hospitalar àqueles que possuíam vínculos previdenciários, vale ressaltar que tal assistência era baseada na perspectiva biologicista e médico-centrada.

Sobre a grande parcela da população que não possuía vínculos com a previdência, Souza (2002), pontua que a ação, também chamada assistência médico hospitalar era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha assegurado nenhum direito de acesso a serviços assistenciais e a assistência que recebia era uma forma de caridade.

Além disso, em casos como as psicoses, o Ministério da Saúde prestava atendimento à população sem vínculos ao INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – sistema criado durante o Regime Militar e com a finalidade de prestar atendimento médico aos contribuintes da Previdência Social. Apesar do INAMPS possuir estabelecimentos próprios, a grande maioria dos atendimentos eram realizados na área privada. Souza (2002, p. 14) discorre ainda que “a assistência à saúde desenvolvida pelo INANPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser dos princípios fundamentais do SUS.”

Segundo Levcovitz (1997), em 1974 uma crise mundial fez com que o crescimento econômico brasileiro diminuísse fato esse, que afetou o financiamento da Previdência Social, recaindo também sobre o INAMPS. A fim de minimizar a crise, foi realizada a criação do plano CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, efetivada pelo Decreto 86329, de setembro de 1981.

A partir do plano do CONASP, foi implementada a estratégia das Ações Integradas de Saúde – AIS, visando alcançar níveis de articulação institucional que viabili-

zassem ações mais eficientes e eficazes. (LEVCOVITZ, 1997)

Em meados da década de 80, o INAMPS adotou algumas medidas que o aproximaram um pouco mais da universalização no atendimento, como o fim da exigência da Carteira de Trabalho e Previdência Social/Carteira de Beneficiário para os cidadãos que procurassem por assistência hospitalar ou ambulatorial nas unidades próprias do INAMPS; Já em 1986, por meio da Resolução INAMPS nº. 138 “se extinguiu a necessidade de apresentação da Carteira de Identidade de Beneficiário do INAMPS para o atendimento, tanto ambulatorial quanto hospitalar efetuados pelas unidades próprias do INAMPS ou das demais entidades componentes das Ações Integradas de Saúde – AIS (as unidades públicas)” (SOUZA, 2002).

Ainda segundo Souza (2002), a Resolução INAMPS nº 115, relata a equiparação da Assistência à Saúde prestada pela Previdência Social às clientela das áreas urbana e rural. Sobre esse fator recaiu uma grande melhoria nas condições de acesso aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar, no entanto, pouco se falava de atenção primária em nosso país. As medidas atraíram grande simpatia da opinião pública em geral e de alguns grupos específicos de trabalhadores, como os rurais, que até então estavam submetidos a muitas dessas restrições. (LEVCOVITZ, 1997).

Em 17 de março de 1986, ocorria a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), sendo a primeira conferência a ser aberta para a sociedade e um dos principais movimentos da luta pela universalização da saúde no Brasil. Com ela, pela primeira vez a população – acadêmicos, profissionais da área da saúde, sindicatos e, também, grupos de pessoas não diretamente ligadas à saúde, puderam opinar e expressar seu descontentamento com a saúde, representando uma ruptura com a política social até então vista e garantindo a luta pelo acesso à saúde como direito social universal (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Da 8ª CNS se procedeu a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que se tratava de um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Toda essa trajetória se fundiu na Constituição Federal de 1988, um marco na história da saúde pública brasileira, visto que em seu artigo 196 garante a saúde como direito de todos/as e dever do estado.

Souza (2002) aponta que através das medidas emergidas juntamente ao SUDS é que se inicia a construção no Brasil de um sistema de saúde descentralizado e com tendência à cobertura universal, visto que, junto à crise do INAMPS houve uma “mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam então denominado Movimento da Reforma Sanitária, que teve o seu auge na 8ª Conferência Nacional de Saúde.”

(SOUZA, 2002, p. 30).

Paiva e Teixeira (2014) afirmam que a Reforma Sanitária foi democrática e seu nascimento advém da luta contra a ditadura. As mudanças requeridas por estudantes, representantes sindicais, entre outros atores sociais, abarcavam novas ideias com o intuito de melhorar a condição de vida da população, sendo considerada uma ação social.

Ainda sobre este assunto, Lima (2005) discorre que dos temas mais frequentes nos estudos sobre a gênese e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é referente ao legado com o qual a implantação do projeto de Reforma Sanitarista teve de lidar: ações verticalizadas, centralização no governo federal, importância do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e setorização, referindo-se este último termo à separação histórica entre saúde pública e assistência médica previdenciária.

Ressaltamos também que no final da década de 70 foi realizada a Conferência Internacional em Cuidados Primários de Saúde, a qual foi reunida e ficou conhecida como Alma-Ata, onde se buscava a promoção de saúde como prioridade para todos os povos. Essa conferência sugeriu e despertou o surgimento de uma atenção primária à Saúde, sendo desde então defendida pela OMS – Organização Mundial da Saúde, enfatizando que esta será a chave para se alcançar um nível aceitável de saúde em todo o mundo. A Declaração de Alma-Ata definiu também que a atenção primária à Saúde deveria prestar serviços de atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção à saúde. (CAMPOS *et al.*, 2012).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação (...). Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978, p.1)

A partir destes marcos toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos da União, dos Estados e dos Municípios.

É válido salientar, que em 1990, foi sancionada a Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organiza-

ção e o funcionamento dos serviços correspondentes a ela. A supracitada lei descreve que todos têm direito à prestação dos serviços de saúde básica fornecida pelo estado. Ainda, em 28 de dezembro de 1990, foi sancionada a Lei 8.142, que abrange a participação da comunidade na gestão do SUS e trata também das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A partir dela o SUS conta com a participação do CNS e da Conferência da Saúde.

São considerados estabelecimentos do SUS as Unidades Básicas de Saúde - UBS, os hospitais públicos, hospitais universitários, laboratórios e hemocentros, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Daremos aqui atenção especial a Atenção Primária em saúde e conseqüentemente às UBS, por ser o objeto deste estudo e também por serem consideradas a porta de entrada para o atendimento no SUS. O objetivo dessas unidades é atender 80% dos problemas de saúde da população, visto que são consideradas práticas em prevenção e promoção de saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, abrangendo prevenção de agravos, tratamentos, redução de danos, diagnóstico e a manutenção da saúde, o que diminui a necessidade de encaminhamentos para hospitais e visa melhorar o nível de saúde da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Dados do Ministério da Saúde (2012) apontam que em 2011, o país dispunha de 38 mil Unidades Básicas de Saúde. Nelas os cidadãos realizam consultas médicas, curativos, vacinas tratamentos odontológicos, exames laboratoriais, além de serem encaminhados a especialistas, dependendo do diagnóstico que apresentarem.

Além disso, podemos afirmar que nas UBS se promove saúde, constroem-se vínculos e acolhimentos atendimentos com diversos profissionais de saúde.

Para o Departamento de Atenção Básica (2012), as Unidades Básicas de Saúde são conduzidas pelas Equipes de Saúde da Família - ESF, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, consultórios de rua e de atenção domiciliar. Todos esses programas tendem a realizar o atendimento de uma população específica em um território definido, assumindo assim a responsabilidade sanitária, o cuidado e acolhimento dessas pessoas; trabalhando de acordo com a dinâmica existente no território em que essa a população vive.

Ainda, o Departamento de Atenção Básica (2012) afirma que as Unidades Básicas de Saúde devem orientar-se pela ideia dos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Faquinello, Carreira e Marcon (2010) afirmam que as UBS deveriam ser a primeira referência formal a serem procuradas pela população, tanto para o acompanhamento como para prevenção em saúde, pois é neste am-

biente que a população tem direito à busca de orientações e informações que podem ser fornecidas pelos profissionais que ali atuam.

Diante disso Ministério da Saúde afirma:

A Atenção Básica tem como um dos seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daqueles que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como outros elementos de seus contextos de vida.

Ainda para o Ministério da Saúde (2013), o cuidado em saúde mental nas UBS facilita o acesso dos usuários e da equipe de profissionais da saúde, pois é comum que tal equipe se depare a todo o momento com indivíduos com sofrimento psíquico.

No que tange a organização do trabalho na atenção primária, tem-se que as Equipes de Saúde da Família são compostas por uma equipe multiprofissional, composta por um/a médico/a generalista, um/a enfermeiro/a, um/a técnico/a ou auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis agentes comunitários de saúde.

Suas atribuições estão ligadas ao mapeamento de famílias e posterior atendimento que, de preferência, devem ocorrer no âmbito da unidade de saúde, todavia, quando necessário, no domicílio e outros espaços comunitários, como escolas por exemplo. Além disso, as ESF prioritariamente necessitam garantir a atenção à saúde, realizando ações de promoção da saúde, proteções, recuperação da saúde e prevenção de agravos, bem como propor intervenções necessárias para que haja um atendimento humanizado.

Conforme o Ministério da Saúde (2009):

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Ela é considerada uma tática de ampliação, qualificação e concretização da atenção básica por “favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2009).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, tendo o objetivo de consolidar a Atenção Básica no Brasil, possibilitando a melhoria nas ofertas de saúde, ou seja, se trata de uma estratégia que foca no apoio, ampliação aperfeiçoamento da Atenção Básica.

O NASF é configurado, também, por equipes multi-

profissionais que atuam colaborando junto as Equipes de Saúde da Família, sendo os profissionais: médicos, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, terapeutas, profissionais com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária – graduado na área de saúde e com pós-graduação em saúde pública/coletiva, dependendo da realidade local.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), “a principal diretriz do SUS a ser praticada por este núcleo é a integralidade e deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes”. Além deste, outros pontos norteiam as ações que são desenvolvidas pelo NASF, entre eles a região onde devem atuar os profissionais, a educação em saúde da população, a interdisciplinaridade e a humanização.

Psicologia: Identidade Profissional e Compromisso Social

Acerca da história da Psicologia, Bock (1999) afirma que foi no século XIX que esta Ciência iniciou sua separação como área de saber independente da Filosofia e da Pedagogia. O processo de industrialização, ligado aos ideais escolanovistas e junto à política liberal-positivista contribuíram para a emergência da Psicologia brasileira.

A Psicologia foi iniciada como ciência há cerca de 100 anos, todavia sua regulamentação como profissão no Brasil foi efetivada em 27 de agosto de 1962, perante a Lei 4.119, lei esta que também dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia.

Zurba (2011), afirma que os acontecimentos históricos levaram as práticas psicológicas a ficarem mais ligadas a consultórios clínicos privados e consultorias empresariais, do que às políticas públicas; seguindo o mesmo pensamento, BOCK (1999) ressalta a participação da Psicologia ligada à educação no período em que a mesma foi efetivada. Desta forma é perceptível que prática do psicólogo foi marcada por três grandes áreas de atuação: clínica, escolas e empresas.

Quanto aos aspectos sociais e visão do homem da psicologia daquele momento Bock (1999) aponta:

A institucionalização da psicologia era evidente. E é importante registrar que, ao lado de toda uma prática e de um conhecimento “diferenciador” e que via o homem de forma muito simplificada, a- histórica, no qual o aspecto social era, na maior parte das vezes, relegado a segundo ou último plano, utilizava-se de um conhecimento crítico que concebia o homem e o fenômeno psicológico como indissociáveis do processo de socialização, entendendo o psiquismo como manifestação e como instância histórica e social (BOCK, 1999, p.319).

Ferreira Neto (2011) também afirma que no início, as áreas emergentes da Psicologia eram a psicoterapia no modelo privado (consultórios), a organizacional e a

educacional. Cita ainda que a saúde pública não era pensada como um campo de atuação para a Psicologia, porém passados quarenta e quatro anos esse contexto mudou completamente.

No contexto da profissionalização da Psicologia no Brasil, tem-se que o campo da assistência pública à saúde se constitui enquanto uma importante área de trabalho para a categoria, como explicitam Paulin e Luzio (2009):

A Saúde Pública é uma área que emprega muitos profissionais de Psicologia, no Brasil. Estes estão distribuídos e atuam em instituições de saúde mental, Unidades Básicas de Saúde e hospitais. Desde a sua regulamentação como profissão, no Brasil, a Psicologia tem conquistado e ampliado seu espaço na Saúde Pública, sobretudo após a Reforma Sanitária e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi um marco para um novo olhar sobre o conceito de saúde e doença. Aquilo que antes era visto somente como ausência de doença física, começou a considerar aspectos sociais e culturais do indivíduo (p. 98).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), especialmente nos últimos vinte anos, a Psicologia busca propor um novo paradigma para a atuação do profissional da área social, identificando claramente seu papel na realidade brasileira. Este é um dos fatores que contribuíram para o surgimento do conceito de compromisso social da Psicologia, isto é, uma prática comprometida com a realidade do país. Nasce aqui uma ponte que liga a Psicologia às políticas públicas. É a partir desta inserção que a Psicologia amplia a possibilidade de acesso, com democracia e igualdade de seus conhecimentos e práticas à sociedade. Esse novo olhar do profissional é capaz de compreender aspectos subjetivos que são constituídos no processo social e, ao mesmo tempo, possibilita que tais políticas efetivamente garantam direitos humanos. Diante dessas afirmações e sobre as especificidades deste trabalho, Dimenstein explica:

Acreditamos que podemos ser mais úteis ao campo de assistência pública à saúde a partir do momento que nossa cultura profissional passe a fornecer modelos mais ampliados de atuação, os quais não se revelem enquanto barreiras à troca de saberes com outros profissionais, e que o psicólogo possa se reconhecer enquanto um trabalhador da saúde, preocupado com a promoção do bem-estar da população (DIMENSTEIN, 1998, p. 17).

Porém, Ferreira Neto (2011), afirma que a entrada da Psicologia na Saúde Pública não ocorreu de forma espontânea e sim diretamente ligada a um processo de lutas sociais que se iniciou juntamente com a Reforma Psiquiátrica, por meio da elaboração do campo conhecido como Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica ocorreu através da crítica ao modelo asilar, tendo como um dos objetivos a descon-

trução de manicômios, defendendo a liberdade do sujeito em sofrimento psíquico, visando à cidadania e defendendo outras práticas terapêuticas para o tratamento do mesmo.

DIMENSTEIN (1998), afirma:

A entrada dos psicólogos na área de saúde mental deu-se, assim, num momento de crítica ao modelo asilar e às equipes de saúde formadas predominantemente por médicos e de ênfase na formação de equipes multiprofissionais, vistas enquanto condições *sine qua non* para a concretização do novo modelo de assistência em psiquiatria que preconizava a desospitalização e o investimento em serviços alternativos extra-hospitalares (p. 58).

Dimenstein (1998), pontua também que vários fatores contribuíram para a entrada do psicólogo na área de assistência pública, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e que a prática desse profissional se faz de formas distintas, dependendo muito das regiões do país, pois cada local apresenta particularidades no que se refere às demandas de atendimento psicológico.

O Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (2010) garante que a população atendida tanto pelos psicólogos, quanto os demais profissionais é definida de acordo com a territorialização, sendo assim, muitas vezes um público diversificado de região para região.

Bock (1999), salienta que é necessário que o psicólogo se torne capaz de inovar, adaptando o saber da Psicologia à demanda e a realidade na qual irá se apresentar. Já Dimenstein (1998), alega que a formação do psicólogo valoriza demasiadamente o desenvolvimento de um profissional liberal e pontua que o contexto atual dos serviços públicos requer habilidades novas, todavia as universidades continuam formando profissionais despreparados para atuarem nessa área.

Ainda se confunde muito a questão da Psicologia puramente clínica como o único recurso de atendimento psicológico. O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (2010), pontua que o trabalho do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde realizado em parceria com outros profissionais tem gerado bons resultados, no entanto, ainda é muito difícil a aceitação desse trabalho multidisciplinar, porém é comprovada sua eficácia. Vindo de encontro a essa ideia, Rutsatz e Câmara (2006), afirmam que a inserção do psicólogo na Saúde Pública proporcionou maior valorização cultural da profissão.

Os autores supracitados afirmam ser um desafio desvincular a Psicologia clínica isolada e similar ao modelo médico, pois ainda há uma grande ligação dessa prática tanto para o público quanto para muitos profissionais da área.

Diante disso Araújo e Andrade (2007), pontuam que muitos são os desafios para se cumprir as diretrizes de

universalidade, integralidade e participação social. Uma das dificuldades é a despreparação dos profissionais de saúde com as novas habilidades exigidas que privilegiam a concepção sócio histórica sobre o processo saúde/doença no lugar de um saber baseado no modelo médico.

As autoras citadas acima alegam ainda que as diretrizes da saúde em Políticas Públicas têm em suas estratégias de atuação, orientações que valorizam as atividades de prevenção e promoção de saúde junto à comunidade. Essas estratégias vão além do modelo de caráter curativo.

Ferreira Neto (2011), também apresenta algumas das dificuldades que o psicólogo inserido no contexto de Saúde Pública encontra e uma delas é o despreparo para conduzir uma clínica sem *setting* definido. A formação do psicólogo tende a esta prática e o autor sugere que é necessário modificar o modelo clínico de consultório visto que os espaços da prática do psicólogo na Saúde Pública são diversos como: abordagem de um paciente morador de rua, visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico transitando pela cidade.

Alguns episódios históricos comprovam os afazeres psicológicos estarem mais ligados a consultórios clínicos privados, porém as práticas no âmbito da Saúde Pública exigem algumas atividades emergentes, como trabalhos com grupos, atendimento familiar, promoção e prevenção de saúde, atividades com a equipe, trabalhos multidisciplinares.

Rutsatz e Câmara (2006), pontuam que para atuar na Saúde Pública é necessário que os profissionais tenham capacidade de reflexão sobre o meio e que adotem uma postura crítica em relação a seu trabalho. Os autores afirmam ainda que esses profissionais devem ser capacitados para integrar diferentes conhecimentos no planejamento das ações em saúde valorizando o trabalho em equipe.

Na medida em que se substitui o atendimento clínico pelo atendimento na Saúde Pública, se faz necessário um novo modelo de atuação do psicólogo com relação à saúde do usuário, bem como constante mudança de acordo com as prioridades da população (DIMENSTEIN, 1998).

Bock (1999), nos instiga a olhar o mundo psicológico relacionando-o ao mundo social e afirma que os psicólogos precisam ter clareza que ao fazer Psicologia, estão interferindo diretamente na sociedade, ainda que o psicólogo na Saúde Pública deve hoje expor sua prática de maneira mais ampla, no sentido de promoção da saúde na comunidade.

4. DISCUSSÃO

A partir dos descritores: Psicologia, Atenção Primária e Unidades Básicas de Saúde, iremos analisar seis artigos por constituírem pontos específicos para o objetivo

desta pesquisa, que visa entender como vem sendo a prática do psicólogo que atua nas UBS e quais são os desafios encontrados por estes profissionais.

De início, iremos pontuar as possibilidades de intervenções para a atuação do psicólogo, de acordo com as demandas da população usuária que são os atendimentos domiciliares. Souza e Carvalho (2003), pontuam que as visitas domiciliares expandem o conhecimento acerca das condições de vida da população e criam uma aproximação que colabora para o estabelecimento de vínculos entre usuário e o profissional. Afirmam ainda que com a intervenção ao acolhimento fica mais suscetível o resgate do fator humano da comunidade, pois no acolhimento o psicólogo tende a contribuir com uma escuta qualificada que auxilia a identificar as necessidades do usuário. (BOING, CREPALDI E MORÉ, 2009).

Dimenstein (2001), pontua que a prática do psicólogo nas UBS muitas vezes se faz por atendimentos clínicos individualizados e afirma que este modo de intervenção tem predominância na maioria das vezes correspondendo ao desejo da população.

Já Souza e Carvalho (2003), explanam que o trabalho com grupos tem sido uma das principais atividades do Programa Saúde da Família e afirmam que nos grupos os pacientes são assistidos regularmente.

Para Ronzani e Rodrigues (2006), os resultados de sua pesquisa quanto à prática do psicólogo nas UBS remetem a uma necessidade de contextualização da ação da psicologia em Saúde Pública e uma reformulação do currículo profissional, para que haja mais preparo para atuar nesta área.

Foram identificadas também nesta pesquisa algumas ações realizadas por psicólogos que atuam no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família. Boing, Crepaldi e Moré (2009), discorrem sobre a importância de se priorizar o atendimento grupal e outras formas de intervenções como a Inter Consulta Interdisciplinar, atendimento psicológico aos demais profissionais de saúde que ali atuam Inter Consulta Psicológica, momento no qual o psicólogo é solicitado para discutir com outros profissionais de saúde para analisar situações clínicas ou cotidianas do trabalho em saúde, visita domiciliar, intervenção de rede - trabalho realizado junto à equipe de saúde que visa acolher e instrumentar para fornecer apoio específico à necessidade particular do usuário, atendimento e acompanhamento a pacientes psiquiátricos, ações e promoções de saúde com a finalidade de passar informações a cerca de prevenções de doenças e informações a usuários que já necessitam de acompanhamento médico como: hipertensos, diabéticos e gestantes. Souza e Carvalho (2003), pontuam que além do monitoramento à saúde, esses conhecimentos permitem a divulgação de informações a respeito de um tema em questão, colaborando assim com os cuidados à saúde e com o sucesso do tratamento.

Diante de todas essas possibilidades e intervenções do psicólogo nas UBS é importante discorrermos sobre a pesquisa de Lima (2005), em que sugere uma atuação psicológica coletiva, que tem como ferramenta dois elementos principais que são: a escuta psicológica cautelosa e a reafirmação da importância da subjetividade no processo doença-cuidado.

Nota-se através dessas práticas citadas que o psicólogo que atua na UBS tem a responsabilidade tanto no cunho de promoção, prevenção, como de recuperação de agravos. (LIMA, 2005).

Quanto aos desafios foram identificados nos artigos explorados, dos seis artigos analisados, cinco confirmaram o que remete a Dimenstein (1998), ao pontuar que muitos psicólogos ainda possuem uma visão pura e simples do modelo de atuação clínico, limitando suas intervenções apenas a atendimentos individuais e repetindo a prática do psicólogo clínico no âmbito da assistência pública à saúde.

Identificou-se também que muitos profissionais da Psicologia que atuam nas Unidades Básicas de Saúde se limitam ao modelo médico. Ronzani e Rodrigues (2006), pontuam que tal modelo médico se dá pelo tipo de formação que os profissionais receberam e, diante da pesquisa realizada, os autores em geral concordam que há uma necessidade de reformulação da profissão do psicólogo, por parte da formação profissional. Essa afirmação vai de encontro com Dimenstein (1998), ao explicar que algumas universidades continuam formando profissionais despreparados para atuar na área pública.

Outra dificuldade enfrentada pelos psicólogos que atuam nas UBS é a questão salarial, uma vez que se comparada a outras profissões que atuam no âmbito de saúde pública, a Psicologia vem sendo uma profissão desvalorizada com baixas remunerações - dos seis artigos analisados, cinco pontuam a questão da desvalorização salarial.

Ainda sobre desafios encontrados nas Unidades Básicas de Saúde os artigos revisados nos apresentam queixa por falta de materiais necessários para os atendimentos, instalações físicas precárias e dificuldade de um embasamento teórico definido para sua prática.

5. CONCLUSÃO

Consideramos importante mencionar que finalizando essa análise não estamos concluindo e limitando o assunto. Reconhecemos que há outras práticas e desafios encontrados pelos psicólogos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde que vão além dos dados apresentados nesta pesquisa. Percebemos ainda que inúmeras são as possibilidades de intervenções do psicólogo nas UBS, tais como: acolhimento, visitas domiciliares, atendimentos em grupos, atendimento para a equipe, inter consulta psicológica, intervenção em rede, acompanhamento a pacientes psiquiátricos, auxiliar usuários que necessitam

de atendimento médico, como: diabéticos, hipertensos e gestantes.

Conforme afirma Bock (1999), o psicólogo deve ser capaz de inovar, adaptando o saber da Psicologia com a realidade, no entanto muitos profissionais possuem ainda uma visão única de se praticar a Psicologia, que é a clínica. Isso se dá muitas vezes pelo método de formação que tiveram esses profissionais. O perfil do psicólogo, no entanto, necessita estar em constante transformação visto que a história encontra-se em constante movimento. Os psicólogos necessitam inovar, precisam tornar-se capazes de criar Psicologia, adaptando saberes novos à demanda e à realidade que se apresentam (BOCK, 1999).

REFERÊNCIAS

- [01] ARAÚJO, M.D, ANDRADE,A.N. Psicologia e saúde; Desafios a politicas publicas no Brasil,Vitória, ES, 2007.
- [02] BRASIL. ARAUJO, M. D, ANDRADE, A.N. *Psicologia e Saúde: Desafios às Políticas Públicas no Brasil*. Vitória, ES, 2007.
- [03] BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Saúde na Escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- [04] BOCK, A. M. B. A. A Psicologia a Caminho do Novo Século: Identidade Profissional e Compromisso Social. *Estudos e Psicologia*, v. 4, n.2, p. 315-329, 1999.
- [05] _____. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 – Série E.
- [06] CAMPOS, G. W. S, MINAYO, M.C.S, AKERMAN. M, JÚNIOR, M.D, CARVALHO,Y.M. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec São Paulo, 2012.
- [07] CARDOSO, L.C. A inserção do psicólogo no programa saúde da família. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v.22, n.1, mar. 2002.
- [08] CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLITICAS PÚBLICAS. *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde*. 1ª ed. [LOCAL], 2010.
- [09] CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Como a Psicologia pode Contribuir para os Avanços no SUS: Orientações para Gestores*. 2ª Ed. Brasília, 2013, .
- [10] CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978, p.1
- [11] CREPALDI, E, B, M, A; MORÉ, C, L,O. A Epistemologia Sistêmica como Substrato à Atuação do Psicólogo na Atenção Básica; (2009)
- [12] DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php>>. Acesso em 26 de março de 2015. DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a Formação e Atuação Profissionais. *Estud. Psicol.*, Natal, v.3, n1, p.53-81|.1998.
- [13] DIMENSTEIN, M,D,B O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais.Estudos de Psicologia 1998, 3(1), 53-81
- [14] DIMENSTEIN, M,D,B O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicol. estud.* [online]. 2001, vol.6, n.2, pp.57-63. ISSN 1413-7372.
- [15] FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. A Unidade Básica de Saúde e sua Função na Rede de Apoio Social ao Hipertenso. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01040707201000400017&script=sci_arttext> Acesso em 25 de agosto de 2015. Florianópolis, v.19, n.4, out/dez. 2010.
- [16] FERREIRA NETO. J. L. Psicologia no SUS: dos impasses e das potencialidades. *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. Belo horizonte: Escuta; FAPEMIG, 2011;
- [17] LEVCOVITZ, E. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas* *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291, 2001 (1997),
- [18] LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: Uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.10, n3, p 431-440, set/dez. 2005.
- [19] LIMA, N.T, et al., orgs. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2005.
- [20] MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica*. N 34, 2013.
- [21] PAIVA, CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO; TEIXEIRA, LUIZ ANTÔNIO. *Reforma Sanitária e Criação do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, v. 21, 2014.
- [22] PAULIN, T; LUZIO, C.A. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 8, n. 2, 2009.
- [23] RONZANI, T.M; RODRIGUES, M, C. O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 26, n.1, mar. 2006.
- [24] RUTSATZ; S.N.B.; CÂMARA, S.G. O psicólogo na Saúde Pública: trajetória e percepção na conquista desse espaço. *Aletheias*, n.23, p.55-64. Jan/jun.2006.
- [25] SOUZA, R. R. Construindo o SUS: A Lógica de Financiamento e o Processo de Divisão de Responsabilidade entre as Esferas do Governo. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002.
- [26] SOUZA, R, A; CARVALHO. A. M. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n.3, p. 515-523, 2003.
- [27] ZURBA, M. C.; A história do ingresso das práticas psicológicas na saúde pública brasileira e algumas consequências epistemológicas. *Memorandum*, Belo Horizonte, v. 20, abr/2011 Disponível em: <<http://www.infoescola.com/historia-do-brasil/governo-de-jao-figueiredo>>. Acesso em 07/07/2016.