

A Epistemologia Sistêmica como Substrato à Atuação do Psicólogo na Atenção Básica

The Systemic Epistemology on Psychological
Intervention in Primary Care

La Epistemología Sistémica como Substrato a la Actuación
del Psicólogo en la Atención Básica

**Elisangela Böing, Maria
Aparecida Crepaldi &
Carmen L. O. O. Moré**

Universidade
Federal de Santa Catarina

Artigo



Resumo: Este artigo discute a inserção e a atuação do psicólogo na atenção básica à Saúde a partir de revisão de literatura e, sobretudo, das reflexões sobre as experiências práticas das próprias autoras. A revisão bibliográfica, método primordial de acesso à literatura, teve como fonte de informação as bases de dados: BVS, Portal da Capes, SciELO, LILACS e Medline, por meio de diversas combinações de descritores. Através de uma contextualização das políticas públicas de saúde e do panorama atual de atuação do psicólogo na atenção básica, reúnem-se subsídios para discutir possibilidades de atuação que respondam efetivamente às demandas da saúde coletiva. Propõe-se um modelo de atuação que tenha por base os pressupostos epistemológicos do pensamento sistêmico por entender que os mesmos permitem ao profissional compreender a complexidade do processo saúde-doença e refletir sobre a teoria adotada e sobre sua atuação, flexibilizando e contextualizando sua prática. Além disso, reconhecida a complexidade do processo saúde-doença, o profissional passa a perceber a necessidade da atuação interdisciplinar para efetivamente construir uma atenção integral à saúde, em conformidade, portanto, com os princípios fundamentais do SUS.

Palavras-chave: Psicólogo. Atenção primária. Saúde pública. Epistemologia sistêmica.

Abstract: This article discusses the psychologists' integration and their action in the Health Primary Care program based on literature data and especially on the reflections of the authors' professional experiences. The following databases were used as literature review: BVS, Portal Capes, SciELO, LILACS, and Medline, through various combinations of descriptors. Through health public policies contextualization and the current psychologist tasks scenery in primary care, the authors discuss possibilities for actions that respond effectively to the public health demands. It proposes an intervention model based on the epistemological systemic approach considering that this allows the professional to understand the complexity of the health-illness process, to reflect on the adopted theory, contextualizing their practice. Furthermore, due to the complexity of the health-illness process, the professional perceives the importance of the interdisciplinary team to effectively construct an integral health care, therefore in compliance with SUS's fundamental principles.

Keywords: Psychologist. Primary care. Public health. Systemic epistemology.

Resumen: Este artículo discute la inserción y la actuación del psicólogo en la Atención Básica a la Salud desde revisión de literatura y, sobretudo, de las ponderaciones sobre las experiencias prácticas de las propias autoras. La revisión bibliográfica, método primordial de acceso a la literatura, tuvo como fuente de información las bases de datos: BVS, Portal de la Capes, SciELO, LILACS y Medline, por medio de diversas combinaciones de descriptores. A través de una contextualización de las políticas públicas de salud y del panorama actual de actuación del psicólogo en la atención básica, se reúnen subsídios para discutir posibilidades de actuación que contesten efectivamente a las demandas de la salud pública. Se propone un modelo de actuación que tenga por base los presupuestos epistemológicos del pensamiento sistémico por entender que los mismos permiten al profesional comprender la complejidad del proceso salud-enfermedad y reflejar sobre la teoría adoptada y sobre su actuación, flexibilizando y contextualizando su práctica. Además de eso, reconocida la complejidad del proceso salud-enfermedad, el profesional pasa a percibir la necesidad de la actuación interdisciplinar para efectivamente construir una atención integral a la salud, en conformidad, por tanto, con los principios fundamentales del SUS.

Palabras clave: Psicólogo. Atención primaria. Salud pública. Epistemología sistémica.

Este artigo tem por objetivo apresentar e discutir as possibilidades de intervenção psicológica no âmbito da atenção básica à Saúde, conduzindo o leitor a uma reflexão sobre a o trabalho do psicólogo nos diferentes níveis de atenção no âmbito do SUS. Tem por base teórica o pensamento sistêmico enquanto epistemologia, por entender que uma visão segundo seus pressupostos fundamentais permite a compreensão do processo saúde-doença enquanto fenômeno complexo, e a reflexão sobre a atuação do psicólogo no setor saúde. Valeu-se da revisão

bibliográfica como método primordial de acesso à literatura, e teve como fonte de informação as seguintes bases de dados: BVS, Portal da Capes, SciELO, LILACS e Medline, utilizando-se as palavras-chave: Psicologia, psicólogo, SUS, atenção básica, atenção primária, saúde pública, saúde coletiva, por meio de diversas combinações desses descritores.

Desde a década de 70, os psicólogos brasileiros têm atuado na área da saúde, sobretudo na atenção terciária, no que tem

sido denominado Psicologia Hospitalar. Mas a prática psicológica no contexto da atenção primária à saúde hoje no Brasil ainda se acha em construção, devido ao pouco tempo de inserção do psicólogo nesse espaço.

Cabe esclarecer o uso dos termos “atenção básica” e “atenção primária”. O primeiro tem um sentido mais amplo, compreende ações integrais desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar na e com a comunidade, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações correspondem à prática de vigilância da saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do SUS, cuja efetivação é buscada através da Estratégia de Saúde da Família (EFS) (Brasil, 2006). Sendo assim, o termo “atenção básica” é empregado particularmente no contexto da saúde pública do Brasil. Já o termo “atenção primária” é internacionalmente utilizado e tem significado mais restrito, relacionado à saúde coletiva em ações de promoção e prevenção. Neste artigo, os termos serão utilizados como sinônimos, considerando que será abordada a saúde coletiva brasileira e que, nesta, o primeiro nível de atenção compreende ações integrais e tem a função de organizar todo o sistema de saúde.

No Brasil, o psicólogo não está incluído na equipe de atenção primária. Fazem parte da equipe mínima de saúde da família o enfermeiro e o médico (clínico geral), profissionais de nível superior, e a presença do odontólogo é garantida pela incorporação de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família. Movimentos recentes da categoria dos psicólogos promoveram discussões acerca do papel do profissional de Psicologia na saúde coletiva, se este deve constituir equipes matriciais de apoio às equipes de saúde da família ou ser incluído nessas equipes e atuar segundo a Estratégia de Saúde da Família, na unidade

local de saúde. Propostas do Ministério da Saúde apontam o modelo de equipes matriciais; estas se constituem em suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (Brasil, 2003, 2004a). Assim, as equipes matriciais configuram-se, na prática, como atenção à saúde de nível secundário, ou seja, os psicólogos, nessas equipes, trabalham como especialistas que oferecem suporte técnico aos profissionais da atenção básica (Böing, 2009). Em que pese a importância desse modelo de atuação, evidencia-se, por outro lado, um desconhecimento acerca das potencialidades das contribuições da Psicologia no nível primário de atenção, o que, pode-se supor, se deva ao desconhecimento dos gestores, dos demais profissionais de saúde e dos próprios psicólogos.

Desde as primeiras incursões de psicólogos no sistema público de saúde, discute-se a efetividade de seus padrões de atuação, que, atualmente, redundam em uma atenção curativa, individual, que não se adequam à saúde coletiva, em função da transposição do modelo clínico tradicional sem a necessária contextualização que a saúde pública requer (Dimenstein, 1998, 2000, 2001, 2003; Lima, 2005; Oliveira et al., 2005). Sendo assim, os profissionais de Psicologia enfrentam o grande desafio de reorientação de suas ações de maneira efetiva para o desenvolvimento de práticas psicológicas condizentes com esse cenário de atuação.

Cabe ressaltar também outros fatores, além das limitações da formação do psicólogo, que contribuem para a manutenção de um modelo tradicional, ineficiente frente às demandas da atenção básica: a representação do psicólogo sobre o suposto *status* que a clínica tradicional pode lhe proporcionar e a configuração das políticas públicas de saúde que não apresentam uma definição clara das contribuições e do papel do psicólogo na

atenção básica (Böing, 2009). A participação dos psicólogos é ainda tímida nas decisões do sistema de saúde pública, embora tenha aumentado nos últimos anos, através de seus órgãos representativos.

Frente a isso, este trabalho pretende reunir subsídios que contribuam para a discussão geral em relação ao papel do psicólogo na atenção básica à Saúde. Apresentar-se-á uma breve contextualização das políticas públicas de saúde e do panorama atual da atuação do psicólogo na atenção básica. Além disso, serão apresentadas as ações que configuram uma prática de atuação psicológica integrada ao trabalho de equipes interdisciplinares.

O sistema de saúde no cenário brasileiro atual

No cenário atual, as políticas públicas brasileiras de saúde são organizadas e regidas pelas leis do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 – leis nº 8.080 e nº 8.142. Os principais artigos dessas leis estabelecem um conceito ampliado de saúde, que incorpora fatores do meio físico, meios socioeconômico e cultural e oportunidades de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas leis legitimaram o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, cabendo ao governo garantir esse direito. Estabeleceu os princípios doutrinários do SUS: universalidade (garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão); equidade (entendimento de que, embora todos tenham direito aos serviços de saúde, o investimento e a atenção são distribuídos conforme a necessidade, independentemente do poder aquisitivo do cidadão) e integralidade (as ações de saúde devem voltar-se para o indivíduo de forma integral, com ações combinadas e voltadas para a promoção, a prevenção e a

recuperação da saúde) (Brasil, 1990, 1998).

Para responder à crise do modelo assistencial tradicional (curativo, indivíduo-centrado, bio-médico), foi oficializada, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família - ESF (popularmente conhecida como *Programa de Saúde da Família* – PSF), com o objetivo de reverter o modelo assistencial, com novas bases e critérios, em conformidade com os princípios do SUS. A equipe de saúde da família é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A ESF veio para organizar a atenção básica, criando no primeiro nível do sistema verdadeiros centros de saúde em que uma equipe de saúde da família, em um território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat de forma contínua, personalizada, ativa e integral, através de uma abordagem interdisciplinar e de ações intersetoriais. Elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade profissional de saúde-população. A atenção básica, através da ESF, funciona como “porta de entrada” para o sistema e é organizadora do mesmo, encaminhando os usuários para os níveis secundário e terciário, conforme a necessidade, através do sistema de referência e contra-referência (Brasil, 1990, 1998, 2006; Franco & Merhy, 2003).

Especificamente com relação à saúde mental, as políticas de saúde brasileiras, no decorrer da última década, passaram por importantes e significativas transformações, buscando a evolução de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária. Embora a busca desse novo modelo seja consenso político, ainda não se encontra plenamente retido no conjunto

da atenção em saúde mental do SUS, que permanece despendendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar (Brasil, 2004b).

O Ministério da Saúde preconiza a assistência em saúde mental na rede básica através do apoio matricial às equipes da atenção básica. O apoio matricial constitui um arranjo organizacional em que uma equipe de referência é responsável pelo acompanhamento matricial de seis até nove equipes da ESF ou da atenção básica em geral. Tem por objetivo oferecer suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, visando a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local através da responsabilização compartilhada (Brasil, 2003, 2004a).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, em que estão incluídos: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios e os centros de convivência, entre outros. Contudo, o atendimento às pessoas com problemas de saúde mental é uma tarefa complexa, e nem sempre as equipes de atenção básica estão preparadas, pois a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes (Brasil, 2003, 2004a).

Em janeiro de 2008, foi publicada a Portaria Ministerial nº 154, que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Trata-se de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas que atuam em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família. A Portaria recomenda que, em virtude da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, cada núcleo conte com pelo menos um profissional da área da saúde

mental (Brasil, 2008). Ressalta-se, portanto, que a Portaria não garante a presença do profissional de Psicologia nos núcleos.

A Psicologia na saúde pública: Um panorama atual

A atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família, configura um campo de práticas e de produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade. A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, já que a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação (Dimenstein, Santos, Brito, Severo, & Morais, 2005; Ferrioli, Marturano, & Puntel, 2007; Franca & Viana, 2006; OMS, 2001).

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia da Saúde da Família torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante freqüente. As queixas são as mais variadas, e, para isso, a equipe necessita estar preparada para oferecer maior resolubilidade aos problemas desses usuários (Coimbra, Oliveira, Vila, & Almeida, 2005).

Através de uma investigação focalizada no histórico de atenção em saúde mental identificados pelos critérios de “uso de medicação psicotrópica” e “egresso de hospital psiquiátrico”, Dimenstein et al. (2005) observaram a existência de demanda reprimida em saúde mental. De acordo com esses resultados, os autores consideram que, apesar de a atenção primária ser um espaço privilegiado para as intervenções em saúde

mental, esta ainda tem configurado um campo de saber e de práticas não articulado às ações básicas de saúde desenvolvidas no SUS, o que evidencia uma dicotomia saúde/saúde mental. Frente a isso, ressaltam a necessidade da expansão da atenção na rede básica e do fortalecimento do lugar do CAPS.

Além disso, na medida em que se começa a perceber que os grandes fatores de morbimortalidade na sociedade atual estão ligados ao modo de vida das pessoas, há um enorme campo para o psicólogo que trabalha com essa dimensão. Cada vez mais, a violência, o consumo de drogas e de álcool são problemas comportamentais ligados a questões sociais que não podem ser tratados exclusivamente do ponto de vista médico, mas a partir da atenção integral e interdisciplinar em que a Psicologia tem grande contribuição a oferecer (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2006).

No cenário atual, vive-se um período de transição. Caminhando para uma efetiva vigilância da saúde, ainda se encontram fortemente presentes concepções e práticas do modelo tradicional. A mudança de modelo de atenção à saúde requer, do psicólogo, uma atuação interdisciplinar e práticas específicas da área condizente ao contexto da atenção básica. Contudo, de acordo com Dimenstein (2000, 2001, 2003), a entrada do psicólogo nas instituições públicas de saúde, de forma geral, parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua atuação, ou seja, não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas suas formas tradicionais de atuar, daí sua dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas essas comprometidas com o bem-estar social.

Como conseqüências da transposição do modelo de psicoterapia individual, modelo clínico hegemônico da atuação privada, de base psicanalítica para a prática da saúde

pública, Dimenstein (2000, p.107) aponta: conflito com as representações de pessoa, saúde e doença e corpo, próprias dos usuários das instituições públicas de saúde; baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos; seleção e hierarquização da clientela e psicologização de problemas sociais. A modificação do modelo assistencial hegemônico implica, segundo a autora, romper o corporativismo, as práticas isoladas e a identidade profissional hegemônica vinculada à do psicoterapeuta.

Vários autores destacam que, durante muito tempo, os cursos de Psicologia formaram profissionais “apolíticos”, e ressaltam a necessidade da formação de profissionais críticos, e não somente técnicos. Falta, ainda, habilidade por parte dos psicólogos para lidar com temas como a fome, a violência e outros problemas sociais. O desenvolvimento de uma posição ético-política é uma das características necessárias para a sustentação do projeto do SUS e de uma atuação consistente na Estratégia de Saúde da Família (Benevides, 2005; Dimenstein, 1998, 2000, 2003; Lima, 2005; Oliveira, et al., 2005; Romagnoli, 2006).

No que se refere aos fatores que dificultam o desenvolvimento de um trabalho psicológico de promoção da saúde, Bock (1993) destaca, também, aspectos do modelo tradicional de atuação, e ressalta a inexistência de um projeto coletivo que dê corpo à profissão, uma profissão com grande potencial, capaz de contribuir para a transformação do indivíduo e da sociedade, mas que se apresenta pequena e sem projeto na sociedade em que se insere. A autora denuncia a “desmobilização” da categoria, que, infelizmente, por muito tempo, foi característica desse grupo de profissionais; contudo, movimentos recentes apontam uma mudança positiva nesse cenário.

O ano 2006 teve particular importância nas discussões sobre a inserção da Psicologia

na área da saúde, isso porque o Sistema Conselhos de Psicologia definiu esse ano como o ano da saúde e organizou vários espaços de discussão, como: *V Congresso Nacional de Psicologia*; *II Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão e Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública*, precedidos por fóruns regionais em várias localidades. Os principais pontos discutidos nesses espaços foram: a formação e a capacitação dos profissionais para trabalhar na saúde pública, o desencontro da formação do psicólogo com as políticas públicas de saúde, as avaliações das produções do profissional e a necessidade de um plano de carreira. As discussões nesses espaços mostraram que há divergências de posições entre a presença do psicólogo na equipe básica na Estratégia de Saúde da Família ou em equipes matriciais de referência. Para que o debate avance, é preciso que o mesmo seja embasado teórica e politicamente. Entre as propostas do *I Fórum Regional de Psicologia e Saúde Pública*, que foram também indicativos do *V Congresso Nacional de Psicologia*, destaca-se que deve ser observada a necessidade de divulgação das experiências concretas sobre a atuação do psicólogo no SUS e a necessidade de uma discussão sobre os pressupostos epistemológicos e sobre as metodologias para a renovação de projetos e práticas (CFP, 2006; Conselho Regional de Psicologia-12ª Região [CRP12], 2007).

Também no ano 2006 foi realizada a oficina *Trabalho do psicólogo com a família na saúde pública*, no *I Encontro Regional Psicologia e Saúde Pública*, da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP). Nesse encontro, problematizou-se a formação do psicólogo para sustentar esse campo, enfocando o trabalho com famílias, criticando na formação dos psicólogos, a ênfase nos “especialismos”, a dificuldade de se trabalhar com grupos e o desconhecimento da realidade dessas famílias. Foram apontados, ainda, o desafio da transdisciplinaridade e a necessidade de

desenvolvimento de discussões organizadas para que os psicólogos se insiram nesse campo e sejam capazes de práticas transformadoras e inventivas (Romagnoli, 2006).

De acordo com Trindade e Teixeira (2000a), caracterizar e contextualizar a intervenção psicológica na atenção básica é uma tarefa urgente e necessária, em função da integração relativamente recente dos psicólogos na carreira dos técnicos superiores de saúde e também porque, entre todas as questões relacionadas com a atuação do psicólogo em serviços de saúde, a atuação na atenção básica se mostra prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde, quer dos próprios psicólogos.

Nas instituições públicas de saúde, a intervenção psicológica será mais efetiva quanto mais contextualizada, ou seja, definida a partir das características específicas de cada instituição e da população que procura seus serviços. Para isso, exige-se uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso social. A busca é de complementar e superar a formação acadêmica no sentido de promover uma necessária flexibilização das tecnologias, para que sejam utilizadas de maneira efetiva no desenvolvimento de práticas psicológicas condizentes com esse cenário de atuação, a fim de se poder lidar com uma realidade desafiadora e complexa. Na redefinição de suas práticas, o psicólogo deve ser capaz de contribuir para a formulação e a implantação de novas políticas (Dimenstein, 2003, 2001, 2000; Franco & Mota, 2003; Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006).

A epistemologia sistêmica e a atenção básica à saúde

Este artigo traz o pensamento sistêmico, enquanto epistemologia, como base possível para a atuação do psicólogo na atenção

Na redefinição de suas práticas, o psicólogo deve ser capaz de contribuir para a formulação e a implantação de novas políticas (Dimenstein, 2003, 2001, 2000; Franco & Mota, 2003; Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006).

básica por entender que seus pressupostos fundamentais – complexidade, instabilidade e intersubjetividade – se mostram condizentes com os princípios fundamentais do SUS, sobretudo com o princípio da integralidade da atenção que fundamenta a inserção do psicólogo nas equipes interdisciplinares.

Segundo o pensamento sistêmico, tudo no Universo está interligado através de um emaranhamento de ações, interações e retroações. Esse é o princípio básico da epistemologia da complexidade desenvolvida por Morin (1996). Segundo o autor, não se trata de um pensamento que “abre todas as portas”, não é onisciente, pois sabe que sempre é local, situado em um tempo e momento; não é completo, pois sabe de antemão que sempre há incertezas. Assim, ao adotar o ponto de vista da complexidade, sabe-se que é impossível adotar uma visão onisciente dos fenômenos, e que o caminho possível é a construção de metapontos de vista – limitados e frágeis –, requisito que diferencia o pensamento simples, que acredita em verdades, em realidade independente do observador, e o conhecimento complexo, que aponta a necessidade da “curva auto-observável” do observador-conceituador sobre si mesmo.

Através do pressuposto da complexidade, busca-se a contextualização dos fenômenos e o reconhecimento da causalidade recursiva. A recursividade refere-se a uma causalidade complexa que pode ser representada por uma espiral em que os efeitos e produtos de uma ação são necessários ao próprio processo que os gera; eles “retornam” à situação que os produziu, reforçando-a, quer dizer, gerando um processo de produção (Esteves de Vasconcellos, 2003, p. 116).

Uma vez que se reconhece a causalidade recursiva dos fenômenos e que a busca da compreensão dos mesmos passa a ser realizada de forma contextualizada; então, entende-se que o mundo está em processo dinâmico de constantes transformações, o

que confere imprevisibilidade aos fenômenos. O pressuposto da intersubjetividade, por sua vez, reconhece que não há uma realidade independente do observador, e que o conhecimento científico é construção social desenvolvida em espaços consensuais por diferentes sujeitos/observadores (Esteves de Vasconcellos, 2003, 2005).

O que se pretende ressaltar neste artigo é que, a partir do momento em que se adota a epistemologia sistêmica, reconhecendo a complexidade do processo saúde-doença, os profissionais de saúde, dentre eles o psicólogo, reconhecem a necessidade da atuação interdisciplinar para efetivamente construir uma atenção integral à saúde, em conformidade, portanto, com os princípios fundamentais do SUS.

O pensamento sistêmico como possibilidade teórica para a atuação do psicólogo na atenção básica

O pensamento sistêmico trouxe uma implicação fundamental para a atuação do psicólogo: a mudança do foco do indivíduo para os sistemas humanos. Essa mudança de foco, segundo Grandesso (2000), representou uma transformação paradigmática à medida que passou a configurar um outro sistema de pressupostos para informar a concepção dos problemas humanos e das práticas da Psicologia. A grande virada, ao se enfatizar os problemas como sistêmicos foi, segundo a autora, a ênfase nos contextos e na postulação de uma causalidade circular para os fenômenos, o que favorece a abertura do campo da psicoterapia para a interdisciplinaridade e amplia as fronteiras para a compreensão da pessoa humana para além do psicológico.

Pensar sistemicamente implica, portanto, reconhecer o sujeito no seu contexto; não significa negar os fenômenos intrapsíquicos,

mas sim, buscar compreender e trabalhar os fenômenos psíquicos de uma complexa rede de relações interpessoais. Para Moré e Macedo (2006), pensar sistemicamente transcende a atuação profissional, enriquece e amplia a visão e a atuação como cidadãos, o que possibilita a reflexão e o diálogo em torno dos problemas sociais e comunitários de modo mais abrangente e contextualizado.

No contexto da atenção básica, ao focalizar as relações entre os elementos do sistema, o profissional que adotou o pensamento sistêmico leva em conta a trama intersistêmica, buscando a redefinição do suposto problema de um “problema do indivíduo” – do rótulo diagnóstico próprio dos modelos interpretativos, patologizantes – para a noção de “trama relacional” que atinge o sujeito, produzindo sofrimento, e da qual se torna partícipe ativo. Assim, a prática sistêmica, na explicação do comportamento sintomático, difere radicalmente tanto do modelo médico como do modelo psicodinâmico. Em ambos, o sintoma está situado no indivíduo, seja por seu funcionamento biológico ou genético, seja pelo seu desenvolvimento intrapsíquico (Hoffman, 1981 como citado por Grandesso, 2000). Ao abordar o problema através de uma perspectiva inter-relacional, ele passa a ser considerado uma dificuldade que o grupo está vivendo, em um contexto conversacional.

Redefinido o problema, passa-se para o reconhecimento e o desenvolvimento de possíveis recursos para sua solução através de um encontro conversacional, para o qual são chamadas as pessoas que estejam envolvidas e/ou preocupadas, e que, portanto, possam contribuir. Trata-se de um trabalho de reconhecimento da rede social comunitária significativa, pactuando-se as necessidades e compartilhando-se as responsabilidades. No lugar de encaminhamentos precipitados,

constitui-se em torno do problema um amplo sistema sem critérios de constituição pré-estabelecidos, mas co-construídos pelo profissional e os usuários para configurar uma demanda. Além disso, considerando que o sistema social é auto-organizador e que dispõe de poderosos recursos derivados dos vínculos afetivo-sociais entre seus membros, o profissional trabalha para mobilizar esses recursos e melhorar as condições de autonomia do sistema (Esteves de Vasconcellos, 2005; Moré, 2005; Moré & Macedo, 2006).

Esse modelo de atuação, caracterizado pela dialogia, é apresentado por Moré e Macedo (2006) como uma proposta de intervenção psicológica na comunidade a partir do trabalho desenvolvido pela primeira autora (Moré, 2000) em uma unidade local de saúde. Nessa proposta, são construídos espaços conversacionais em que a linguagem compartilhada entre o psicólogo e as pessoas envolvidas configura o contexto para uma reconstrução de significados, em uma perspectiva transformadora e libertadora. Esse modelo, segundo Grandesso (2000), apóia-se no pressuposto de que as histórias saturadas de problemas (Sluzki, 1997; White, 1991, 1993; White & Epton, 1990) têm um papel subjugador do *self*, à medida que tendem a ser histórias fixas e dominantes que restringem as possibilidades de organização da experiência e de desenvolvimento/reconhecimento de recursos que possam fazer frente às demandas evolutivas.

Sluzki (1997) ressalta que essas histórias dominantes, aliadas à vida submersa na pobreza e às ações estigmatizantes das instituições sociais sobre as pessoas, configuram, para as mesmas, uma experiência de falta de controle sobre o meio, gerando o que Seligman (1975, citado por Sluzki, 1997) denominou “desesperança aprendida”, e, por conseqüência, falta de confiança em si

mesmas. Nesse contexto, o autor ressalta que um dos inúmeros desafios de um enfoque sistêmico que inclua responsabilmente as variáveis de rede, socioeconômicas e culturais do contexto consiste em “desenvolver histórias que incorporem a esperança, que gerem um *feedback* de autoria, que sublinhem as capacidades e a eficiência potencial daqueles que nos consultam” (p. 65).

Assim, a atuação do psicólogo na atenção básica é direcionada para a compreensão dos problemas humanos, seja qual for sua índole, seja qual for seu contexto, situando-os em uma nova dimensão de seu entendimento. A escuta psicológica, nessa proposta, é considerada uma estratégia para considerar seres humanos em contextos de forma que as ações sempre partem do contexto e são dirigidas para o contexto. O profissional de Psicologia, nesse cenário, desempenha um papel de mediador e catalisador das potencialidades e dos recursos, tanto das pessoas em si como da comunidade, na satisfação das necessidades e na melhora da qualidade de vida. O processo de intervenção é direcionado ao “como” as pessoas interagem em tempo presente, e não ao “porque” das ações, buscando tornar o conhecimento e a linguagem psicológica mais palpável e coerente com a realidade e as necessidades de saúde da clientela a ser atendida, permitindo, assim, um trabalho psicológico de atenção à saúde mais efetivo e eficiente. Por efetivo e eficiente, entende-se a possibilidade de gerar mudanças na linha da promoção da saúde, seja de uma família, seja de um grupo, de uma equipe ou de uma comunidade de modo geral, buscando a melhoria da qualidade das relações e fazendo com que as pessoas se apropriem dos recursos familiares e comunitários, o que potencializaria o desenvolvimento da autonomia e de redes solidárias (Moré, 2000, 2005; Moré & Macedo, 2006).

Nesse modelo terapêutico dialógico, as intervenções são co-construídas por múltiplas vozes (polifonia), formando um sistema que convive com as diferenças e a diversidade, e que, assim, pode assumir direções imprevisíveis. O profissional sistêmico lida tranquilamente com essa imprevisibilidade, não se deixa paralisar frente à complexidade das situações e trabalha com o que se mostra possível (parte da família ou com a rede ou com a pessoa), considerando que o importante é o contexto criado por todos os envolvidos, com o objetivo de encontrar uma resposta à demanda apresentada. O profissional, juntamente aos demais da equipe de saúde, assume o papel de catalisador das experiências, coordenando ações que levem à ampliação da situação apresentada, criem contextos de autonomia e favoreçam a mudança (Esteves de Vasconcellos, 2003, 2005; Moré, 2005; Moré & Macedo, 2006).

Nesse contexto conversacional terapêutico, Cecchin (1996) acrescenta a curiosidade como uma posição terapêutica que dá oportunidade para a construção de novas narrativas e formas de ação. White e Epston (1993) falam de histórias conhecidas e subordinadas e da importância de questionar o relato saturado para abrir novas opções de diálogo sobre as dificuldades, ativando a mútua cooperação das pessoas envolvidas. Vários autores ressaltam, ainda, a importância de uma “postura de não saber”, pois, se as perguntas partem da perspectiva de um saber prévio, ou seja, de teorias ou compreensões pessoais do profissional, tudo o que ele irá apreender serão suas próprias narrativas. Isso não significa que o psicólogo entre em uma relação terapêutica “vazio de idéias”, experiências ou construções privilegiadas, pois, assim como seus clientes, tem suas próprias versões da realidade, considerando-se que o desafio da prática sistêmica conversacional consiste na negociação e na co-construção (Anderson & Goolishian, 1998; Cecchin, 1996; Schnitman & Fuks, 1996).

Isso implica a questão do uso de modelos teóricos e técnicas, no sentido de que o psicólogo não precisa se fixar neles. Utilizar uma teoria como referencial não quer dizer obedecer a uma teoria em particular, mas valer-se de referenciais significativos que ofereçam uma conexão com a experiência da família, sendo que o uso de técnicas serve para a inclusão do outro e para a abertura de possibilidades de boas conversações. Assim, o psicólogo organiza suas teorias e delas deriva práticas, em um interjogo recursivo em que os problemas são vistos não como situações a serem eliminadas, mas como dilemas resultantes da participação dos indivíduos, interativa e discursiva, em seus contextos sociais (Grandesso, 2000; Moré & Macedo, 2006).

O que se pretende ressaltar, portanto, é a importância da adoção do pensamento sistêmico enquanto epistemologia na atuação na atenção básica, por entender que uma visão segundo seus pressupostos fundamentais permite ao profissional compreender a complexidade do processo saúde-doença e refletir sobre a teoria adotada e sua atuação, flexibilizando e contextualizando sua prática.

Um modelo de atuação interdisciplinar - ações possíveis

Em 1998, o *Committee for the Advancement of Professional Practice Task Force on Primary Care*, da Associação Psicológica Panamericana (APA, 1998 como citada por Trindade, 2000), estabeleceu várias recomendações para a adaptação da intervenção psicológica aos cuidados de saúde primários, dentre elas: 1) os psicólogos podem e devem prestar vários serviços e desempenhar vários papéis, como: consulta psicológica, educação para a saúde, formação, investigação e desenvolvimento de parcerias comunitárias que apoiem a

continuidade dos cuidados; 2) os psicólogos devem estar fisicamente próximos e acessíveis em relação à equipe de saúde e à comunidade; 3) podem ser consultores da equipe de saúde, desenvolvendo um trabalho em cooperação; 4) os psicólogos serão tanto mais bem sucedidos quanto melhor forem capazes de adaptar os seus conhecimentos e competências ao contexto onde trabalham.

O primeiro e o quarto item dizem respeito à dimensão da atuação do psicólogo que configura uma prática de “clínica ampliada” (Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006), ou seja, uma prática clínica em espaços públicos não usuais, que vai onde o povo está, compreendendo seres humanos em seus contextos. Trata-se da clínica como construção de subjetividades e possibilidades de inserção no espaço social. Essa atuação requer do psicólogo estar preparado para trabalhar com pessoas em diferentes fases do ciclo de vida e com proveniências sociais e culturais muito diversas (Trindade, 2000).

O terceiro item traz um importante aspecto da atuação do psicólogo na atenção básica: o desenvolvimento de um trabalho em cooperação com os demais profissionais de saúde através de uma abordagem interdisciplinar em todos os momentos de atuação. Essa modalidade de trabalho se mostra fundamental para a atenção integral à saúde da comunidade e só pode ser concretizada se o psicólogo efetivamente fizer parte da equipe de saúde, locado na unidade básica de saúde – como indica o segundo item destacado das recomendações da APA.

Como integrante da equipe de saúde, o psicólogo atua inicialmente no reconhecimento da comunidade em todo o território de abrangência da Unidade Local de Saúde (ULS), de forma que sejam levantadas, em um contexto conversacional com a comunidade, as suas necessidades e as situações de saúde. A partir dessas informações, os profissionais

desenvolvem um planejamento de ações de saúde que devem ser monitoradas e avaliadas periodicamente.

Segue-se a apresentação de algumas ações compartilhadas na equipe de saúde e ações específicas do psicólogo a partir do modelo de formação desenvolvido no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina (Universidade Federal de Santa Catarina [UFSC], 2007):

- Acolhimento na ULS: atividade de recepção das pessoas que procuram a ULS de forma a acolher suas necessidades e buscar encaminhamento para resolução dos problemas. O acolhimento também fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, amplia o acesso e organiza o serviço;
- Atendimento grupal: grupos de promoção e educação para a saúde;
- Encontros de discussão com as escolas e demais instituições públicas e comunitárias com objetivo de integrar as visões da equipe de saúde e as propostas dessas instituições com relação às famílias e à sua inserção na comunidade (ações intersetoriais);
- Interconsulta interdisciplinar: momento em que o psicólogo atende o usuário com outro profissional;
- Interconsulta psicológica: momento em que o psicólogo é solicitado por outros profissionais de saúde que buscam discutir situações clínicas ou cotidianas do trabalho em saúde. Tem como objetivo instrumentalizar o profissional para atuar e encaminhar, adequadamente, a situação em relação aos aspectos psicológicos envolvidos;
- Visita domiciliar, com o objetivo de prestar atendimento no domicílio e co-construir subsídios para que os indivíduos, a família e a comunidade assumam o poder decisório sobre

suas necessidades psicossociais e de saúde.

- Desenvolvimento de intervenção de rede, entendida como trabalho realizado com uma pessoa ou família, junto ao grupo de pessoas significativas das mesmas, visando a instrumentar essa rede para acolher e fornecer apoio específico para pessoas e/ou famílias em crise (Moré, 2005).

Com relação às ações específicas do psicólogo:

- Atendimento psicológico destinado ao grupo familiar, casais, crianças, adolescentes, adultos e idosos, realizado no ambulatório da ULS ou no domicílio, conforme a necessidade. Tem o objetivo de possibilitar aos indivíduos o fortalecimento de seus recursos, visando à busca de melhor qualidade de vida. Entende-se que o trabalho centrado nos recursos se adapta bem ao contexto público comunitário, principalmente por focalizar a demanda atual do indivíduo, propondo-se, assim, uma série de encontros que visem a ampliar o processo de compreensão do problema e a potencializar recursos para seu manejo;
- Atendimento e acompanhamento aos pacientes psiquiátricos na comunidade, constituindo um mediador entre os pacientes, as famílias e as instituições envolvidas no atendimento dos mesmos;
- Atendimento grupal em nível psicoterapêutico;
- Ações de promoção à saúde, desempenhando papel informativo;
- Atendimento de urgência psicológica: acolher problemas advindos de questões emocionais e que exijam atenção imediata. Caracteriza-se por fornecer alívio, orientação e apoio à pessoa, minimizando os efeitos desorganizadores da crise vivenciada e mediando a criação de habilidades adaptativas próprias de cada pessoa na busca da solução de problemas;

- Mediação, com relação à equipe de saúde, visando ao trabalho interdisciplinar, no cotidiano do trabalho ou através da técnica de grupos operativos.

Frente a essa gama de possibilidades de atuação na atenção básica, seguem-se algumas considerações a respeito de ações nas quais o psicólogo, pela sua especificidade, oferece especial contribuição, dentre elas: a escuta qualificada no acolhimento; o olhar voltado para as singularidades dos indivíduos em contextos; as ações de promoção à saúde e desenvolvimento de autonomia; a reafirmação da importância da subjetividade no processo saúde-doença-cuidado; o acolhimento de urgências psicológicas e a mediação, promovendo a integração entre os membros da equipe e entre esta e a comunidade (Bittencourt & Mateus, 2006; Franca & Viana, 2006; Lima, 2005).

No acolhimento na unidade de saúde, o psicólogo contribui com uma escuta qualificada para identificar as necessidades do usuário. Através da escuta ativa e do diálogo, o psicólogo co-constrói com o usuário a sua demanda. Nesse processo, as demandas, que, na sua maioria, de início, são por medicação e consultas médicas – em função da incorporação do modelo tradicional de atenção à saúde – são redefinidas através de um olhar ampliado, possibilitando, gradualmente, a passagem para um modelo novo-paradigmático da produção social da saúde, que identifica saúde com condições e qualidade de vida. Redefinida a demanda, outras necessidades podem ser percebidas pelos usuários, contribuindo para a efetivação de estratégias de atenção condizentes com o modelo sistêmico (como os atendimentos grupais ou as intervenções de rede na comunidade). Nessa atividade de acolhimento, o psicólogo contribui diretamente para a humanização do atendimento na unidade de saúde.

Calatayud (1991) ressalta a promoção à saúde como atividade central da Psicologia no campo da atenção primária. Para a efetivação dessa ação, o psicólogo precisa, segundo esse autor, ir até a comunidade e conhecê-la, elencar prioridades de ações pautadas nas informações advindas da comunidade, desenvolver um trabalho em equipe, avaliar os resultados a partir de critérios científicos de observação de resultados, utilizar-se de técnicas e procedimentos psicológicos com criatividade, contextualizando a intervenção, e estimular a participação da comunidade como identificadora de problemas, motivadores e multiplicadores. Para atuar no campo da promoção da saúde, o autor ressalta, ainda, a necessidade de motivação, desenvoltura e desenvolvimento de habilidade técnica.

Nesse contexto, o psicólogo também desempenha um papel informativo, entendendo que ações de promoção à saúde se relacionam ao acesso a informações. Recomenda-se que estas não onerem os usuários e que sejam compatíveis com seu estilo cognitivo, suas crenças em saúde e sua pertença sócio-cultural. Assim a informação torna-se personalizada e contextualizada. (Moré & Macedo, 2006; Trindade & Teixeira, 2000b; Teixeira, 2000b).

Os atendimentos de urgência psicológica mostram-se fundamentais em uma unidade de saúde, sobretudo porque, de forma geral, os profissionais de saúde “não psicólogos” apresentam dificuldades em lidar com pessoas em situações de choro intenso, confusão, quadro de irritabilidade, sensação de perda de controle, ideação suicida. O psicólogo é um profissional preparado para lidar com tais situações, e, além de realizar os atendimentos com os usuários, pode auxiliar a equipe, instrumentalizando os demais profissionais para o acolhimento de tais urgências.

Outra ação do psicólogo que merece destaque é o acompanhamento de pacientes psiquiátricos da comunidade. Teixeira (2000a) ressalta que a saúde física do doente

psiquiátrico é, com frequência, negligenciada em função de sua própria desatenção, mas sobretudo pela atitude dos técnicos de saúde. Por um lado, os técnicos de saúde mental que o acompanham no nível secundário de atenção tendem a focalizar as perturbações mentais e o seu controle, sem prestar atenção à saúde física, e, por outro, os técnicos de saúde em geral – a quem o sujeito pode recorrer quando julga necessitar de cuidados físicos – tendem a atribuir mais facilmente as queixas à própria psicopatologia, em especial se estas são consideradas mal definidas ou atípicas.

Nesse contexto, o referido autor ressalta que a atuação do psicólogo na atenção básica junto ao paciente psiquiátrico se volta para a promoção da saúde e de estilo de vida mais saudável; para a prevenção de doenças, sobretudo porque, em função da variável psicopatologia, o sujeito está geralmente mais vulnerável a situações e comportamentos de risco à saúde; para a facilitação da comunicação do usuário e sua família com os demais técnicos de saúde e para a resolução de problemas de adesão a tratamentos. Em suma, trata-se de identificar e atuar sobre as necessidades específicas de saúde de cada pessoa e de sua família, possibilitando-lhes receber atenção integral. A atuação não é focada, portanto, no problema de saúde mental, pois para isso é que existem as equipes de saúde mental no nível secundário de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No cenário atual, existe uma evidente desarticulação entre os cuidados primários e os cuidados de saúde mental, e, em consequência disso, as famílias e a comunidade se mostram despreparadas para receber os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. O despreparo e o desamparo dessas famílias resultam, muitas vezes, em negligência para com os pacientes psiquiátricos, em isolamento social e em aumento do estigma.

O psicólogo na atenção básica pode ser uma peça-chave na rede de atenção para realizar essa mediação. Esse profissional atua junto ao paciente psiquiátrico, à sua família e a pessoas significativas, buscando o reconhecimento e o desenvolvimento de rede social e afetiva de apoio mediante intervenções de rede e ações intersetoriais. Esse trabalho visa à preparação e ao auxílio às famílias no acompanhamento do paciente psiquiátrico e à (re) inserção social do mesmo na comunidade, reduzindo a estigmatização.

O modelo PRISF (USFC, 2007) assume todas as características de um trabalho desenvolvido pelo psicólogo no nível primário de atenção que pressupõe atuação na e com a comunidade e atenção integral através da abordagem interdisciplinar e ações intersetoriais. Para efetivação de um modelo como esse, torna-se evidente a necessidade de o psicólogo, para atuar na atenção básica, estar locado na unidade de saúde e fazer parte da equipe de saúde da família.

Considerações finais

A partir do momento que as leis que regem o Sistema Único de Saúde adotam um conceito de saúde positivo e ampliado e apresentam como um de seus princípios fundamentais a integralidade da atenção – para abarcar a complexidade do processo saúde-doença – o termo “saúde mental” perde seu sentido, pois a saúde mental deve ser acolhida no âmbito da saúde de modo geral, sem, no entanto, negligenciar sua importância e a qualidade na sua assistência, em todos os níveis de atenção. Em outras palavras, deve ser acolhida a partir da integração da assistência em todos os níveis e da intersetorialidade. Para cuidar da saúde de forma integral, portanto, torna-se imprescindível, que, no primeiro nível de atenção, haja equipes verdadeiramente interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais. O psicólogo, enquanto integrante da equipe de saúde da família,

auxilia na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade, através das inúmeras contribuições apresentadas e discutidas neste artigo.

O grande equívoco das discussões atuais a respeito do modelo de “equipes matriciais” e dos “NASF” – nos quais o psicólogo vem sendo incluído, e que têm a função primordial de apoio às equipes de saúde da família – está em não perceber que esses modelos, embora teoricamente caracterizados como “atenção básica”, representam, na prática, uma atuação circunscrita apenas ao nível secundário. Se o psicólogo não está em contato direto com a comunidade e realiza atendimentos mediante encaminhamento de outros profissionais de saúde e presta “assessoria” aos profissionais da equipe mínima da EFS, seu trabalho é característico das especialidades, o que configura uma atuação de nível secundário. Nesse sentido, ressalta-se que a estrutura das políticas públicas de saúde, em si, não favorecem a efetivação de uma atuação do psicólogo condizente com as demandas da atenção básica (Böing, 2009).

Cabe ressaltar, ainda, a necessidade da presença do profissional de Psicologia nos três níveis de atenção; assim como os enfermeiros e médicos, existe o clínico geral na unidade de saúde e os especialistas nos hospitais e nas demais instituições de nível secundário e terciário, todos com papéis definidos. Nesse sentido, o sistema de saúde necessita contar com psicólogos locados nas unidades de saúde, fazendo parte da equipe de saúde, desenvolvendo um trabalho interdisciplinar voltado para a atenção integral à saúde, e psicólogos especialistas locados nos núcleos e centros de nível secundário (NASF, CAPS). Contudo, para os psicólogos, ainda não está claro qual é o seu papel em cada um dos níveis de atenção, o que resulta em confusões

e desconhecimento das possibilidades de atuação por parte dos próprios profissionais e de seus representantes.

A reflexão elaborada neste artigo busca contribuir com a discussão e a divulgação do grande potencial da Psicologia na atenção básica, ressaltando que, para uma atuação adequada ao contexto dos cuidados primários, necessariamente, o psicólogo precisa estar locado na unidade de saúde e fazer parte de uma equipe de saúde interdisciplinar em regime de trabalho em tempo integral.

Outra contribuição que este artigo procurou oferecer diz respeito à reflexão epistemológica das práticas psicológicas, apontando o pensamento sistêmico como uma base para o profissional refletir, flexibilizar e contextualizar suas práticas, possibilitando que as mesmas respondam de forma eficiente às demandas da atenção básica.

A integração efetiva do psicólogo no nível primário de atenção à saúde, segundo Trindade (2000), relaciona-se com a sua visibilidade social na organização, com a qualidade das suas relações com os demais técnicos e com a obtenção de ganhos para a saúde das pessoas da comunidade que resultem de suas contribuições específicas enquanto integrante da equipe de saúde. Isso requer dos psicólogos, dentre outras coisas, motivação e abertura para o trabalho interdisciplinar.

A consolidação da Psicologia como uma profissão da saúde pública representa uma convicção em sua potencialidade como instrumento de transformação e o reconhecimento de fatores subjetivos, emocionais, enfim, da história e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população. Contudo, esse discurso ainda não repercutiu significativamente na cultura profissional

e leiga, já que as mudanças nos padrões de atuação ainda não são consistentes o suficiente para mudar as feições da prática psicológica no Brasil. A profissão ainda não reproduziu, de maneira significativa, em sua prática, os resultados das discussões sobre sua relevância e compromissos sociais e sobre uma atuação condizente com as diferentes realidades dos usuários dos serviços públicos de saúde. A ausência de uma proposta única e coerente de atuação e de uma solidez política na profissão impede a Psicologia de consolidar um modelo de trabalho comprometido com os ideais democráticos da reforma sanitária e com a cidadania dos usuários (Oliveira et al., 2005).

Vale destacar, ainda, a reflexão de Benevides (2005) de que o SUS nasceu com o movimento da reforma sanitária, aliado a outros movimentos sociais, na luta contra a ditadura militar e em prol da democracia, da garantia dos direitos do homem. Em meio a esse contexto, também se organizava em nível internacional a grande onda neoliberal. O SUS foi, sem dúvida, durante esses anos, o movimento que se firmou como resistência à privatização da saúde. Resistir à privatização da saúde, da vida, é tarefa para muitos, é

tarefa para todos. Cabe aos psicólogos decidir a que movimento se aliar, quais movimentos inventam, quais intercessões fazem entre Psicologia e o SUS, entre a Psicologia e as políticas públicas.

Uma formação e um treinamento específicos para os psicólogos são fundamentais, mas deve-se ressaltar que são múltiplos os fatores que interagem recursivamente para a situação insatisfatória da Psicologia na saúde pública – sobretudo na atenção básica. Como apontado anteriormente, a própria configuração das políticas públicas de saúde e de saúde mental se mostra um importante fator. Faz-se necessária a definição de papéis do psicólogo a respeito dos três níveis de atenção e sua inclusão nos três níveis, e a criação de cargos em quantidade suficiente, com salários dignos e equiparados, enfim, uma política efetiva de saúde coletiva. Para isso, é fundamental que os psicólogos se organizem, que seus representantes ajam, para que os responsáveis pelas políticas públicas de saúde, desde a esfera federal até a regional, conheçam as potencialidades da intervenção psicológica na atenção básica e as vantagens da integração de psicólogos nas unidades locais de saúde.

Elisangela Böing*

Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII – Ponta do Coral) da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Florianópolis, SC - Brasil.

Maria Aparecida Crepaldi

Pós-Doutorado pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo. Professor Associado I da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC - Brasil.
E-mail: crepaldi@cfh.ufsc.br

Carmen L. O. O. Moré

Doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor Adjunto IV da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC - Brasil.
E-mail: cmore@mbox1.ufsc.br

***Endereço para envio de correspondência:**

Departamento de Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Campus Universitário – Trindade - Florianópolis – SC - Brasil – CEP: 88010-970
E-mail: zanziboing@yahoo.com.br

Recebido 16/06/2008, Reformulado 21/04/2009, Aprovado 20/05/2009

Referências

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In S. McNamee & K. J. Gergen, *A terapia como construção social* (pp. 34-49). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Bittencourt, R. A. do A., & Mateus, M. L. F. (2006). Possibilidades de atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família: a experiência de Bonito-MS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 328-343. Recuperado em 17 de setembro de 2007, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): <http://www.scielo.br/scielo/>
- Bock, A. M. B. (1993). Eu caçador de mim: pensando a profissão de psicólogo. In M. J. Spink (Org.), *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social* (pp. 280-291). São Paulo: Brasiliense.
- Böing, E. (2009). *O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. (1990). *ABC do SUS – doutrinas e princípios*. VI / Ministério da Saúde. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1998). Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Recuperado em 18 de outubro de 2007, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004a). *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Recuperado em 18 de outubro de 2007, de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/impressos/folheto/04_1165_FL.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004b). *Legislação em saúde mental: 1990-200*. (5a ed.). Brasília, DF: Autor. Recuperado em 18 de outubro de 2007, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006, 28 de março). *Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008, 24 de janeiro). *Portaria nº 154. Diário Oficial da União*: Brasília, DF, seção 1, 47-50.
- Calatayud, F. J. M. (1991). La promoción de la salud como problema de la psicología en la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 7(4), 362-370.
- Cecchin, G. (1996). Construcionismo social e irreverência terapêutica. In D. F. Schnitman (Org.), *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Coimbra, V. C. C., Oliveira, M. M., Vila, T. C., & Almeida, M. C. P. (2005). A atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 113-111. Recuperado em 08 de setembro de 2007, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

Referências

- Conselho Federal de Psicologia. (2006, dezembro). *Psicologia: Ciência e Profissão Diálogos*, 3(4).
- Conselho Regional de Psicologia - 12ª Região. (2007). *Revista do VI Congresso Nacional da Psicologia (VI CNP): etapa regional de Santa Catarina*. Florianópolis: CRP-12.
- Dimenstein, M. (2003, May). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, 13(5).
- Dimenstein M. (2001) O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-122.
- Dimenstein M. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-82.
- Dimenstein, M., Santos, Y. F. Dos, M. Brito, Severo, A. K., & Morais, C. (2005, novembro). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, 3(5), 23-41. Recuperado em 18 de setembro de 2007, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4272005000200003&lng=pt&nrm=iso
- Esteves de Vasconcellos, M. J. (2005). Pensamento sistêmico novo-paradigmático: novo-paradigmático, por quê? In J. G. Aun, M. J. Esteves de Vasconcellos, & S. V. Coelho, *Atendimento de famílias e redes sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos*. Belo Horizonte: Ophicina da Arte e Prosa.
- Esteves de Vasconcellos, M. J. (2003). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papirus.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.
- Franca, A. C. P. de, & Viana, B. A. (2006). Interface psicologia e Programa Saúde da Família - PSF: reflexões teóricas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 246-257. Recuperado em 18 de setembro de 2007, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=pt&nrm=iso
- Franco, T. B., & Merhy, E. (2003). Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In E. Merhy et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 55-124). São Paulo: Hucitec.
- Franco, A., & Mota, E. (2003). Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 50-59. Recuperado em 17 de setembro de 2007, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000300008&lng=es&nrm=iso
- Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.
- Moré, C. L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação*, 15(31), 187-197.
- Moré, C. L. O. O., & Macedo, R. M. S. (2006). *A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moré, C. L. O. O. (2000). *Atendendo à demanda: proposta de um modelo de sistematização de intervenção psicológica junto a postos de saúde comunitários*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Morin, E. (1996). Epistemologia da complexidade. In D. F. Schnitman (Org.), *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Gadelha, T. M. S., Ribeiro, E. M. P. C., & Yamamoto, O. H. (2005). A psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação em Psicologia*, 9(2), 273-283.
- Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. (2001). A resolução de problemas de saúde mental. In *Relatório sobre a saúde no mundo - 2001* (pp. 79-107). OMS.
- Romagnoli, R. C. (2006). A formação dos psicólogos e a saúde pública. *Pesquisas e práticas psicossociais*, 1(2). Recuperado em 08 de setembro de 2007, de <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/Arquivos/RobertaRomagnoli.pdf>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schnitman, D. F., & Fuks, S. I. (1996). Metáforas da mudança: terapia e processo. In D. F. Schnitman (Org.), *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Teixeira, J. A. C. (2000a). Abordagem psicológica do doente psiquiátrico em centros de saúde. In I. Trindade & J. A. C. Teixeira, *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 55-66). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Teixeira, J. A. C. (2000b). Estágios de psicologia em centros de saúde. In I. Trindade & J. A. C. Teixeira, *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 103-111). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Trindade, I. (2000). Competência do psicólogo nos cuidados de saúde primários. In I. Trindade & J. A. C. Teixeira, *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 37-46). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000a) Intervenção psicológica em centros de saúde. In I. Trindade & J. A. C. Teixeira, *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 23-36). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000b). Aconselhamento psicológico nos cuidados de saúde primários. In I. Trindade & J. A. C. Teixeira, *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 67-80). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Universidade Federal de Santa Catarina. (2007). *Programa de Residência Integrada em Saúde da Família*. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. (Mimeografado)
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapêuticos*. Barcelona: Ediciones Paidós.