

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL

MARGARETH PEREIRA BERGAMIN

**OS PSICÓLOGOS NAS UNIDADES DE SAÚDE: UMA
INVESTIGAÇÃO ACERCA DE ALGUNS ASPECTOS
DE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Vitória

2010

MARGARETH PEREIRA BERGAMIN

OS PSICÓLOGOS NAS UNIDADES DE SAÚDE: UMA
INVESTIGAÇÃO ACERCA DE ALGUNS ASPECTOS
DE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Professora Dra. Lilian Rose Margotto.

Vitória
2010

MARGARETH PEREIRA BERGAMIN

OS PSICÓLOGOS NAS UNIDADES DE SAÚDE: UMA
INVESTIGAÇÃO ACERCA DE ALGUNS ASPECTOS DE SUA
PRÁTICA PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Avaliada em 06 de agosto de 2010.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lilian Rose Margotto
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Maria Andrade Aragão
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Ana Mercês Bahia Bock
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Pesquisar sobre qualquer assunto é quase uma arte. Exige tempo, dedicação, entusiasmo... e muitas horas de leitura, de escrita, de reescrita, de ponderação, adaptação, orientações enormes que vão sempre modificar o trabalho – este podendo seguir tantos rumos que chega a ser inimaginável o que cada produção pode vir a trazer.

Mas, ainda não acho que a arte está somente nesse fazer. Parte dela está em ter a certeza de que seu trabalho sempre vai ser incompleto, passível de críticas, mudanças, desatualização, reatualização, transformação. Não é um trabalho que tem fim, só tem início.

Além disso, é um trabalho construído a muitas mãos. Mãos minhas em longas horas na frente dos livros e do computador. Mãos da minha orientadora, Lilian, que também é amiga e cuja amizade não tenho palavras pra descrever – e haja paciência para tantas dúvidas que eu tenho nas orientações.

Mãos dos meus pais (Bilma e Antônio) que estão há tempos me apoiando em todos os meus processos acadêmicos/profissionais. Não conseguiria escrever sequer uma linha sem a presença constante deles. Meu pai, sempre calmo e perseverante. Minha mãe, me ajudando a travar todas as minhas batalhas (ainda que ela diga que algumas são contra moinhos-de-vento).

Mãos dos meus irmãos, Elizabeth e Junior. Ela corrigindo meus textos durante o seu trabalho e em longas noites, me perguntando “o que você quis dizer com essa frase?”, “por que você escreve o texto invertido?”, “para que você escreve tantas vezes a palavra ‘portanto’?”, mesmo tendo milhões de outras coisas pra fazer. Ele dando o suporte afetivo e o carinho que a distância o permite dar – e mais uns livros que me ajudaram a escrever essa dissertação – se bem que ele poderia aprender a retornar minha ligação no mesmo dia...

Aqui também está o Patrick, meu namorado, que me acompanhou de perto nesse último ano e que segurou minha mão em dias bons e em outros dias... (além de me lembrar que eu tinha que estudar, mesmo quando eu estava cansada e só queria ver um filme). Ele, que tenta me mostrar, dia após dia, que podemos diminuir nossas diferenças através do carinho que temos um pelo outro (só não dá pra diminuir as milhas que nos separam...).

Outras mãos estão invisíveis nesse processo, mas sei da contribuição de cada uma delas. E levo cada uma dessas pessoas comigo, ao longo dessa jornada que teve início na graduação, e que tem nessa dissertação mais um passo rumo aos encontros que eu tenho com a psicologia em minha vida.

São tantos nomes que eu não vou conseguir citar todos e vou achar permanentemente que esqueci de alguns durante o caminho (que se mostrou maior do que eu imaginava no início): Lorena, Carla, Michelle, Letícia, Larissa, Graziella, Ana Paula, Fred, Fabiana, Lidiane, Paulo, Milena, Andrey... Todos vocês me deram força pra continuar, seja através de conversas na mesa de um bar ou da compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

Agradeço, a parte, ao Antonio, que, entre tantas histórias, nunca deixou de ser um porto seguro nos meus dias de turbulência.. e nos meus dias de gastronomia também, se mostrando sempre amigo e companheiro (acho que engordamos alguns quilos juntos..)

Aos professores e colegas do mestrado que me acolheram e acompanharam esse caminho, meu muito obrigada.

Ao meu sobrinho, Guilherme, que aprendeu desde cedo a me perguntar “por que você não foi trabalhar hoje?” “por que você trabalha pouco?” “por que você não usa uniforme para trabalhar?”, “por que chegou cedo em casa do trabalho?” e, por fim, “por que não me trouxe presentes?”. Ele é o amor da minha vida e por isso vai ter que ler toda essa dissertação um dia.

Sem todos, eu não estaria aqui hoje. Obrigada por acreditarem em mim.

PS.: Agradeço também a Ana Bock por ter aceitado minha carona de Vitória para Cachoeiro de Itapemirim, ano passado. Foi esse encontro que me permitiu fazer o convite para que ela fizesse parte da minha banca e que me possibilitou conhecê-la um pouco mais – o que só fez crescer minha admiração pelo seu trabalho e competência. Fica registrado aqui o quanto a participação dela torna esse evento único – e fica registrado também no meu carro, uma vez que ela foi a última pessoa a pegar carona e avisar: “cuidado com a estrada”.. (essa história é engraçada e fica pra ser contada um dia..)

Margareth Bergamin

RESUMO

Esta dissertação se propõe a estudar alguns aspectos da prática profissional dos psicólogos inseridos na saúde pública, visando compreender o modo como os psicólogos que trabalham em Unidades de Saúde concebem sua prática e a conexão que estabelecem entre sua formação acadêmica e atuação profissional. Este objeto de estudo é de fundamental importância devido à recente inserção desse profissional na área de saúde pública, sendo esta uma das áreas que mais tem expandido a contratação de tais profissionais atualmente – quadro bem divergente do início da psicologia no Brasil, quando a atuação dos psicólogos se dava prioritariamente na área organizacional e clínica. Os resultados desta pesquisa apontam alguns dos caminhos que têm sido trilhados pelos psicólogos até então, contribuindo, portanto, para uma análise crítica da atuação desses profissionais.

Palavras-Chave; psicologia, saúde pública, atuação profissional

ABSTRACT

This dissertation proposes the study of some aspects considering the Public Health Service psychology staff's professional behavior, in order to comprehend the common practices adopted by these professionals in the Healthcare Unities and the way they bond the acquired academic knowledge with the professional performance. This object of study reveals a fundamental importance due to the recent insertion of this professional in the area of public health and the currently expansion in contracts of psychologists for the Public Health Service – a well different panorama of this profession in Brazil, when the performance of the psychologists were priority in the organizational and clinical area. The results of this research point some of the ways that have been trailed by psychologists until now, contributing, therefore, to a critical analysis of the performance of these professionals.

Keywords: psychology, public health, professional performance

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| TABELA 1 - Em que ano concluíram a graduação; em que instituição se formaram; opinião que eles têm a respeito da base que a formação que receberam na graduação deu para trabalhar na área da saúde pública..... | 53 |
| TABELA 2 - Tipo de Evento que os Psicólogos participam e frequência da participação..... | 57 |
| TABELA 3 - Frequência com que os psicólogos dizem participar dos eventos e apoio da Prefeitura para participar..... | 59 |
| TABELA 4 - Trajetória Profissional dos sujeitos após concluírem a formação (sem considerar os trabalhos atuais) | 63 |
| TABELA 5 - Quais são os empregos que possuem além do trabalho na Unidade de Saúde..... | 65 |
| TABELA 6 - Porque foram trabalhar na área da Saúde..... | 67 |
| TABELA 7 - Abordagens teóricas que dizem nortear a prática e cursos que fizeram além da graduação. | 70 |
| TABELA 8 - Programas onde estão lotados os psicólogos..... | 103 |
| TABELA 9 - Quantidade de atendimentos que os psicólogos precisam fazer semanalmente e o tempo destinado a cada atendimento. | 106 |
| TABELA 10 - Queixas sobre a quantidade e o tempo de atendimentos a usuários por dia..... | 108 |
| TABELA 11 - Definição de saúde..... | 121 |
| TABELA 12 – Medicalização dos usuários das Unidades de Saúde..... | 126 |
| TABELA 13 - Queixas e problemas que os psicólogos são chamados a resolver nas Unidades de Saúde..... | 131 |

| | |
|--|-----|
| TABELA 14 - Trabalhos e contatos realizados fora do espaço físico da Unidade de Saúde..... | 133 |
| TABELA 15 - Conhecimento da história dos bairros ao redor da Unidade de Saúde e importância que atribuem a ter esse conhecimento. | 135 |
| TABELA 16 - Como a clientela chega ao serviço de Psicologia..... | 139 |
| TABELA 17 - Formas de atendimento..... | 142 |
| TABELA 18 - Queixas e problemas que os psicólogos são chamados a resolver nas Unidades de Saúde..... | 149 |
| TABELA 19 - Cariacica: Relacionamentos com os outros profissionais..... | 159 |
| TABELA 20 - Serra: Relacionamentos com os outros profissionais..... | 161 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social

AI – Ações Integradas

APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais

BUP – Boletim Único de Produtividade

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAPs – Centro de Atenção Psicossocial

CRAS – Centro de Referência e Assistência Social

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CREPOP - Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CRP – Conselho Regional de Psicologia

CS – Conselhos de Saúde

CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ES – Espírito Santo

ESRJ – Estácio de Sá do Rio de Janeiro

EUA – Estados Unidos da América

FGV – Fundação Getúlio Vargas

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ISOP – Instituto de Seleção e Orientação Profissional

LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PUC – Pontifícia Universidade Católica

RJ – Rio de Janeiro

SENAC – Serviço Nacional do Comércio

SENAI – Serviço Nacional da Indústria

S – Sujeito

SP – São Paulo

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UNIP – Unidade de Internação Provisória

US – Unidade de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 APRESENTAÇÃO | 08 |
| 1.1 A PESQUISA..... | 12 |
| 1.1.1 Objetivo Geral..... | 12 |
| 1.1.2 Objetivos Específicos..... | 12 |
| 1.1.3 Escolha do Local de Pesquisa..... | 13 |
| 1.1.4 Os psicólogos..... | 13 |
| 1.1.5 Procedimento de Coleta de Dados..... | 14 |
| 1.1.6 Instrumento de Coleta de Dados..... | 15 |
| 1.1.7 Procedimento de análise de dados..... | 16 |
| 1.2 ENTREVISTA – UM EXEMPLO..... | 18 |
| 1.2.1 Entrevista do Sujeito 8 | 18 |
| | |
| 2. HISTÓRIA DA PSICOLOGIA: SILENCIAMENTOS, ROMPIMENTOS E NOVAS PACTUAÇÕES | 30 |
| 2.1 A PSICOLOGIA COMO CIÊNCIA AUTÔNOMA..... | 30 |
| 2.2 A REGULAMENTAÇÃO DA PSICOLOGIA COMO PROFISSÃO..... | 37 |
| 2.3 UMA PSICOLOGIA CONSTITUÍDA POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS?..... | 41 |
| 2.4 UMA OUTRA PSICOLOGIA..... | 46 |
| | |
| 3 OS IMPASSES E O IMPOSSÍVEL: O QUE SE ESPERA DO PSICÓLOGO NO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA | 74 |
| 3.1 VISÃO HISTÓRICA DA CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA..... | 74 |
| 3.2 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL..... | 81 |
| 3.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: O SUS NOS MUNICÍPIOS..... | 98 |
| | |
| 4 SAÚDE: ENTRE NOVAS CONCEPÇÕES E VELHAS PRÁTICAS | 114 |
| 4.1 SAÚDE: MUDANDO OS RUMOS DA ATENÇÃO BÁSICA..... | 114 |

| | |
|--|-----|
| 4.2 SAÚDE: DIFERENÇAS ENTRE TEORIA E PRÁTICA..... | 118 |
| 4.2.1 As demandas, os diagnósticos e a manutenção do modelo biomédico.. | 128 |
| 4.2.2 Formas de trabalho..... | 141 |
| 4.2.3 Os atendimentos em Grupo..... | 147 |
| 4.2.4 Relações de trabalho e Políticas Públicas..... | 157 |
| | |
| 5 REFERÊNCIAS | 165 |
| | |
| 6 ANEXOS | 175 |
| 6.1 ANEXO 1 (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)..... | 175 |
| 6.2 ANEXO 2 (INSTRUMENTO DE PESQUISA)..... | 177 |
| 6.3 ANEXO 3 (ASPECTOS ÉTICOS: RISCOS E BENEFÍCIOS)..... | 179 |

1 APRESENTAÇÃO

Há várias maneiras de começar a explicar essa dissertação. Entre elas, é muito comum os pesquisadores descreverem suas experiências pessoais que os levaram a escolher o tema, mostrando sua vinculação com os motivos de pensar/questionar ou se indagar sobre o objeto de estudo.

Entretanto, aqui optou-se por não percorrer esse caminho. Apesar da experiência prévia na área da saúde, obtida por um estágio em Hospital Universitário e da atuação em dois momentos como psicóloga colaboradora em projetos de intervenção desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Entretanto, é inevitável admitir que a prática profissional obtida nesses anos de experiência provocaram indagações. Uma delas é que apesar da quantidade significativa de estudos e pesquisas já realizadas, as alterações na prática profissional do psicólogo são pouco perceptíveis. Fato este constatado por pesquisadores que utilizados nessa dissertação como referência teórico e mais uma vez observado na pesquisa de campo desenvolvida para este estudo. Entre outras questões, as fontes citadas convergem no sentido de demonstrar uma certa indefinição sobre o que deve fazer esse profissional em uma área tão ampla e que possui tantas possibilidades de atuação como a da saúde pública.

Na pesquisa desenvolvida por Silva (2003), ele narra alguns cartazes que anunciam serviços de Psicologia e que de certo modo tentam explicar qual o propósito da Psicologia para o Público.

Um dos exemplos foi encontrado na entrada de uma Unidade de Saúde em Salvador. O cartaz trazia os seguintes dizeres:

Esta unidade conta agora com a presença de um profissional de Psicologia. Você sabe o que é e o que faz um **Psicólogo**? Se você anda triste, nervoso por qualquer coisa, com problemas para comer e para dormir, se você tem brigado muito com as pessoas, anda sem paciência, tem bebido além do limite, não tem conseguido pensar bem sobre os seus problemas, marque uma consulta com o psicólogo do posto. Ele vai conversar com você e vai te ajudar a resolver os seus problemas. A Psicologia pode te ajudar (p. 165/166).

O mesmo autor relata, em seguida, que encontrou em um na quadro mural da Universidade Estadual do Rio de Janeiro:

Você está em DIFICULDADES com QUESTÕES EXISTENCIAIS? Elas são COMUNS a TODO Ser Humano. **PSICOLOGIA CLÍNICA** - Conflito, rompimento, solidão, luto, depressão, desemprego, sentimento de inutilidade, impotência diante da vida, stress, angústia, pânico, ansiedade, são sinais que você precisa mudar, mudar de atitude; como faz as coisas, como se relaciona, como encara o trabalho e o lazer. Venha descobrir o seu potencial e amplie a capacidade em lidar com questões existenciais, em busca de novas possibilidades para uma melhor qualidade de vida - seguese o nome e o endereço de um psicólogo (p. 166).

Por fim, ele menciona um outro cartaz que, segundo sua análise, mais parecia vender um produto:

PSICOTERAPIA – falar, refletir e transformar – Atendimento a adultos, adolescentes e casais – orientação vocacional – tratamentos diferenciados: depressão, ansiedade, fobias, pânico, disfunções sexuais, abuso de drogas, stress, compulsões e timidez - segue-se nome do psicólogo, endereço e convite para visitar um site na Internet (p. 166).

Essas propostas bastante amplas de atuação profissional que supostamente são capazes de resolver um leque tão grande de problemas não são tão incomuns. De maneira informal, pode-se perceber que nos jornais de domingo, de grande circulação da cidade de Vitória, vários psicólogos anunciam os feitos que são capazes de realizar. E uma das indagações que conduz essa pesquisa diz respeito ao trabalho que os psicólogos estão fazendo e o modo como eles se percebem enquanto profissionais. Essa disseminação da Psicologia por vários meios, longe de sanar as dúvidas do campo de atuação do psicólogo, apontam para uma imprecisão em relação seu público e ao seu objeto de intervenção.

Como afirma Silva (2003, p. 168):

O que querem dizer esses fragmentos? De que eles tratam? O que eles significam? De algum modo, todos eles abordam algo da insatisfação dos psicólogos com o grau de conhecimento/reconhecimento social da profissão. Aparentemente, para os psicólogos, não basta afirmar a sua condição profissional – _sou psicólogo! - mas torna-se necessário esclarecer o que significa isto. Elucidar. Explicar o que quer dizer o seu fazer e em que condições ele pode e deve ser buscado.

Atualmente, temos no Estado do Espírito Santo dez centros formadores de psicólogos, enquanto há oito anos, só havia um único, a Universidade Federal do Espírito Santo. Como explicar essa expansão?

Inicialmente, por uma expansão das faculdades particulares, que obtiveram a permissão para formar psicólogos, o que remete a uma série de fatores, como o aumento da importância econômica – a educação vista como um mercado – e a exigência de várias empresas e instituições de uma maior titulação por parte dos seus empregados.

Entretanto, outros fatores importantes devem ser considerados nessa explicação, como a análise da demanda crescente por psicólogos em diversas áreas, o que motiva pessoas a se interessarem por essa formação.

Se o início dessa profissão no Brasil foi marcado, principalmente, pela inserção dos profissionais nas áreas organizacional e clínica – que ainda permanecem importantes – esse quadro se modificou consideravelmente, havendo agora uma ampla variedade de novas áreas e locais de trabalho.

Uma das áreas que tem absorvido, de maneira crescente, os psicólogos é aquela relacionada às políticas públicas. Conferências e Simpósios são realizados com o objetivo de discutir esse tema. Em março de 2006, o Conselho Federal de Psicologia criou o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), visto que, segundo dados do CREPOP, número significativo de psicólogos trabalham nessa área e esse número só tende a aumentar.

Prefeituras de todo o país têm contratado profissionais para atuar nesse campo, sendo que um dos setores que freqüentemente contratam é o da saúde pública. Na tentativa de contribuir para uma boa atuação desses profissionais, algumas importantes discussões têm sido feitas. Uma diz respeito ao saber teórico/prático que a formação propicia para atuação nesse tipo de área e como tem se dado essa inserção.

Diversas pesquisas visam compreender a prática desses profissionais nos diferentes programas, Unidades de Saúde e hospitais, usando como ferramenta a história da Psicologia enquanto ciência – que surge imbricada com o saber médico e só

posteriormente tenta dele se desvincular – para analisar o compromisso social dos psicólogos nessa área.

Além disso, debates, fóruns, livros e revistas discutem conceitos importantes para esse tipo de trabalho, como o de saúde e doença e o do significado da saúde ser pública, quais devem ser as respectivas implicações do psicólogo e como a Psicologia pode contribuir para reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

A proposta desse projeto é fornecer alguns subsídios que possam contribuir para um debate sobre a inserção da Psicologia na Saúde Pública. Busca-se compreender o modo como esses profissionais se posicionam em relação à sua prática e a conexão que estabelecem entre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Não é possível compreender e analisar a inserção dos psicólogos nas Unidades de Saúde sem considerar a história da Psicologia e a história da Saúde Pública no Brasil – portanto, um recorte delas será narrado ao longo dos capítulos. Essas contextualizações históricas são essenciais para uma visão menos compartimentada da atuação dos profissionais entrevistados. Pois, suas respostas não podem ser compreendidas sem um entendimento das concepções de homem, de saúde e de sociedade que atravessam a formação deste profissional e sua inserção no trabalho.

Levar essa história em consideração também é importante para que não haja uma culpabilização ou glorificação dos psicólogos que atuam nas Unidades de Saúde, uma vez que são profissionais que, como alguns dados da pesquisa apontam, trabalham muito, são financeiramente mal recompensados e, muitas vezes, não são valorizados. Certamente este trabalho, ao final, deixará mais perguntas do que respostas; mas poderá contribuir com algumas discussões para fortalecer a Psicologia como um campo de saber importante para a saúde pública e para a transformação da realidade social.

O interesse em estudar a saúde pública acontece devido à história brasileira nessa área ser ímpar, culminando na criação do sistema atual de atenção à saúde. Esse sistema foi elaborado por parte de uma população atuante, no período final de uma ditadura militar. Nesse momento histórico da gênese do sistema público de saúde,

ser um profissional da área significava estar implicado não somente com o bem estar dos usuários do sistema, mas estar comprometido politicamente com mudanças sociais possíveis e desejáveis, guiadas por princípios éticos. Era fazer parte de uma luta constante de muitos brasileiros, que almejam uma vida mais digna e que apostavam em mudanças micropolíticas, possíveis a partir de novas formas de saber/fazer cotidianos.

O trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo inicia com a narração de um pouco da história do surgimento dos cursos de formação do psicólogo no Brasil. É nesse momento que são apresentados dados coletados nessa pesquisa sobre a formação dos sujeitos entrevistados. O segundo capítulo aborda alguns aspectos históricos sobre a constituição da saúde pública no Brasil, para, a partir deles, apresentar algumas práticas dos psicólogos nas Unidades de Saúde pesquisadas. Por fim, o terceiro capítulo discute os conceitos de saúde e doença, buscando compreender como os entrevistados trabalham esses conceitos e articulando-os às contribuições teóricas já existentes na área.

1.1 A PESQUISA

1.1.1 Objetivo Geral

Fazer uma investigação acerca de alguns aspectos da prática profissional dos psicólogos inseridos na saúde pública, visando compreender o modo como os psicólogos que trabalham em Unidades de Saúde concebem sua prática e a conexão que estabelecem entre sua formação acadêmica e atuação profissional.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Conhecer as formas de atendimento utilizadas pelos Psicólogos;
- b) Conhecer a visão dos psicólogos sobre as demandas que lhes são dirigidas nas Unidades de Saúde;

c) Analisar o que os psicólogos compreendem como saúde;

1.1.3 Escolha do Local de Pesquisa

A escolha dos municípios de Cariacica e da Serra se deu levando em consideração o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dessas regiões, que possuem alguns dos valores mais baixos no conjunto da Grande Vitória.

O IDH é uma medida comparativa de riqueza, alfabetização, educação, longevidade, natalidade, renda e outros fatores. É uma maneira de avaliar o bem-estar da população, sintetizando, de forma indireta, as condições de saúde de cada município. Na classificação feita no Estado do Espírito Santo, referente ao ano de 2000, o município da Serra ocupava a 17ª posição e Cariacica, a 24ª, enquanto os municípios vizinhos, Vitória e Vila Velha, ocupavam o primeiro e segundo lugar, respectivamente.

1.1.4 Os psicólogos

No município de Cariacica existem doze psicólogos trabalhando para a Secretaria Municipal de Saúde (oito em Unidades de Saúde, três em Centro de Referência DST/AIDS e um na Vigilância Sanitária), sendo que destes, sete foram entrevistados. Houve uma oitava entrevista, mas esta foi descartada, pois o sujeito, por falta de infraestrutura dentro da US durante a coleta de dados, participou, como ouvinte, de uma das entrevistas e, ao ser entrevistado, posteriormente deu respostas muito próximas e, em algumas questões, argumentava que o colega de trabalho já havia falado tudo sobre aquele assunto.

No município da Serra, dos vinte e quatro psicólogos cujo vínculo é com a Secretaria Municipal de Saúde (dois no Centro de Testagem Anônima, quatro no Centro de Atenção Psicossocial, um no Núcleo de Atenção Psicossocial aos Apenados, um no Programa de Saúde do Adolescente, dois na equipe de Educação e Saúde, um na coordenação de Saúde Mental e treze em Unidades de Saúde), onze foram entrevistados. Dois sujeitos atuantes na US não participaram da pesquisa – o

primeiro alegou falta de tempo e o segundo se encontrava afastado, sem que os funcionários soubessem quando iria retornar, o que não aconteceu até o final da coleta.

Trabalhar em US foi o único critério adotado para escolha dos sujeitos (por isso os sujeitos que trabalhavam em outros locais, ainda que lotados dentro da Secretaria de Saúde, não foram entrevistados). Não foram levados em consideração itens como tempo de trabalho, idade ou local de formação. Todos que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados. O tempo de trabalho e de formação variaram muito, e o local de formação da maioria é a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – dados que serão apresentados no próximo capítulo.

Os psicólogos entrevistados de Cariacica foram numerados e codificados como S1, S2, S3, S4, S5, S6 e S7. Os psicólogos entrevistados da Serra foram numerados e codificados como S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17 e S18.

1.1.5 Procedimento de Coleta de Dados

No início da pesquisa de campo, foi enviado para as Secretarias de Saúde dos Municípios de Cariacica e da Serra um pedido de autorização para realização da pesquisa, uma vez que a entrevista com os psicólogos aconteceria no seu local de trabalho.

Após recebida a autorização, as Prefeituras disponibilizaram uma listagem com o nome e local de trabalho de todos os psicólogos lotados na área da saúde. Nessa lista constava que grande parte dos psicólogos, de ambos municípios, que trabalham em US, fazem parte do Programa de Saúde Mental. Portanto, foram agendadas duas conversas – que objetivavam explicar sobre a pesquisa que seria realizada – , uma com a Coordenadora do Programa de Saúde Mental de Cariacica, que é uma terapeuta ocupacional, e outra com a Coordenadora do Programa de Saúde Mental da Serra, que é uma psicóloga.

Após esse contato, as entrevistas com os psicólogos foram agendadas, segundo a disponibilidade dos sujeitos, e ocorreram entre março e junho de 2009, nas Unidades de Saúde, durante o horário de trabalho.

Agendar as entrevistas, por telefone, foi um processo difícil, uma vez que há falta de informação, nas US, sobre o horário de trabalho dos profissionais, e sobre a forma de agendar um horário com eles – são os próprios psicólogos que agendam os usuários e administram seus horários de trabalho.

Para superar esse obstáculo, foi necessário ir pessoalmente até as Unidades, a procura do profissional, para que fosse possível marcar o dia da entrevista. O alto número de usuários atendidos diariamente tornou difícil achar um horário disponível para a entrevista, que muitas vezes era marcada pra duas ou três semanas depois.

Todas as entrevistas foram gravadas, após consentimento por escrito assinado pelos psicólogos (modelo no Anexo 1). O tempo de gravação das entrevistas variou bastante, entre quinze minutos a uma hora e meia. Esse tempo era mais curto toda vez que havia vários usuários esperando para serem atendidos, o que acontecia com freqüência, havendo, em alguns casos, várias interrupções durante a conversa por parte desses pacientes que batiam à porta da sala.

1.1.6 Instrumento de Coleta de Dados

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista. Ela é um instrumento muito utilizado, pois possui como vantagem sobre outras técnicas o fato de permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, nos mais variados tópicos, além de permitir correções, esclarecimentos e adaptações (LUDKE; ANDRE, 1986).

Por esse motivo, além de sua capacidade de focalização e precisão, esta técnica pode ser considerada como instrumento por excelência da investigação social, sendo muito utilizada no campo das ciências sociais, como Psicologia, Sociologia e outros (MARCONI, 2002).

Gonzalez Rey (2005) aponta que o instrumento vai ser uma forma subjetiva de tentar compreender determinados assuntos através de um diálogo com o sujeito entrevistado, sem existir a pretensa neutralidade do pesquisador, proposta pelo positivismo nas ciências tradicionais. Esse momento de utilização do instrumento não possibilita “mostras da realidade” e sim um encontro onde a produção de sentidos acontecerá permanentemente, durante toda a entrevista,

o instrumento representa apenas o meio pelo qual vamos provocar a expressão do outro sujeito; isso significa que não pretendemos obrigar o outro a responder ao estímulo produzido pelo pesquisador, mas facilitar a expressão aberta e comprometida desse outro (...) (p. 43).

É através desse encontro que é possível para o pesquisador tentar levantar hipóteses e criar significados para o seu problema de pesquisa.

A entrevista foi não estruturada, sendo usado um roteiro que continha os principais tópicos a serem cobertos (modelo no Anexo 2). Essa foi a forma utilizada devido a liberdade para desenvolver a situação tanto por parte do entrevistado quanto do entrevistador (MARCONI, 2002). Portanto, os tópicos não eram sempre seguidos na mesma seqüência e/ou as perguntas não eram feitas obrigatoriamente da mesma forma, o que permitiu que alguns sujeitos explicassem elaboradamente algumas situações, dando abertura ao que não era previsto pelo roteiro, e possibilitou esquivar de alguma pergunta que eles não quisessem ou não julgassem oportuno responder.

Os assuntos abordados foram: trajetória profissional; formação; atividades realizadas no trabalho; relação com os profissionais da US e com a comunidade; condições de trabalho e prestação de contas.

1.1.7 Procedimento de análise de dados

O procedimento de análise de dados consistiu na criação categorias de análises a partir das respostas fornecidas pelos sujeitos, sem prescindir de uma apresentação quantitativa das respostas, na medida que o uso de tabelas e números facilita a apresentação dos dados para o leitor.

O que difere a pesquisa qualitativa da pesquisa quantitativa tradicional é que, na primeira, o dado é inseparável do sistema teórico em processo no qual toma sentido, enquanto na pesquisa quantitativa os dados representam um fim em si mesmo (GONZALEZ REY, 2005). A intenção aqui ao utilizar tabelas, comparações e outros recursos construídos foram no sentido de apresentar uma avaliação geral dos sujeitos. Entretanto, a todo momento, volta-se para alguns sujeitos específicos, que trazem sentidos e falas diferentes dos outros, mostrando a importância que esses sujeitos assumem para produzir outros significados, dando espaço para essa individualidade

Assim, a partir das falas, buscamos captar o sentido do que estava sendo dito, contextualizando historicamente os enunciados, pois não é possível escrever sobre os saberes e práticas que estão presentes nos trabalhos dos psicólogos das Unidades de Saúde como produções individuais. Ou seja, é a busca de uma visão mais ampla do sujeito como ser social e histórico, indo além de uma visão relativamente simples, superficial e estética (TRIVINOS, 1987).

Segundo esse ponto de vista, as informações recolhidas são organizadas e procura-se identificar tendências e padrões relevantes, mas também as tensões colocadas pelos entrevistados ou percebidas pelo pesquisador, buscando-se relações e inferências entre as dados e o corpo teórico da pesquisa (LUDKE; ANDRE, 1986).

Optou-se, nessa dissertação, por apresentar os dados a medida em que a reconstituição teórica foi sendo feita por permitir hipóteses e aproximações com os dados da pesquisa. Este é o motivo pelo qual os dados obtidos foram apresentados no final de cada capítulo.

É importante deixar claro que a explanação teórica e o posicionamento do pesquisador, em meio aos dados, por vezes se confundem e se separam, em um movimento de constante tensão durante o processo de escrita do trabalho que se estava produzindo.

Por fim, é importante destacar que o conhecimento que será produzido não deixa de ser um recorte da realidade, sendo passível de novas análises e investigações, sempre objetivando uma maior compreensão sobre o assunto estudado.

1.2 ENTREVISTA – UM EXEMPLO

Essa entrevista foi feita com uma psicóloga que trabalha em uma Unidade de Saúde no município da Serra (ela será apresentada como Sujeito 8, nos dados). Vários pontos importantes da entrevista estão colocados abaixo, entretanto, esta não se encontra na íntegra (por ter sido muito extensa, foram mantidos só os pontos principais que foram analisados ao longo do trabalho).

O motivo da escolha desse Sujeito é porque ele representa, com bastante clareza, relatos que aparecerão em todas as outras dezessete entrevistas, sendo que este sujeito, especificamente, foi muito rico em suas análises e contribuições.

Espera-se que, ao ler essa entrevista antes de ler todo o trabalho, o leitor tenha maior clareza de alguns questionamentos e de como acontece o serviço nas Unidades de Saúde dos municípios da Serra e de Cariacica.

Nesse relato, as perguntas foram retiradas. Entre parênteses e em destaque se encontram algumas informações que contribuirão para melhor compreensão do sentido das frases abaixo:

1.2.1 Entrevista do Sujeito 8

“É, eu formei tem oito anos. Em maio de 99. Agora eu leio, gosto muito da... de Guattari, de Foucault. Eu tento rever o meu papel clínico a partir dessa leitura. Apesar de eles não terem uma proposta psicoterápica, né, mas, na minha ação, eu sempre costumo questionar a partir desse referencial, né.

(A formação) Deu apenas uma basesinha. Quando a gente trabalha na saúde a gente tem que ter muito mais clara a questão do diagnóstico. E diagnóstico, na UFES, há não ser aplicaçãozinha de uns testes, que na unidade de saúde não tem, o que eu aprendi de psicodiagnóstico foi isso. E quando a gente vem pra cá, eu atendo paciente uma vez, eu tenho que pegar o CID e procurar o codigozinho. Então, não deu. A própria relação com a própria psicopatia eu acho que, eu tive uma base na UFES legal sim, mas essa relação com a medicação a gente não teve.

Então, assim, eu acho que a base foi muito pequena, muito pequena. . A psicologia parece que... ao menos a psicologia da UFES, que é muito voltada pra clínica, mas uma clínica muito estéril, digamos assim. Uma clínica muito vaga, uma clínica que se fala muito... a gente vai lá, estudo um pouquinho de behaviorismo, estuda um pouquinho de psicanálise, estuda um pouquinho de comportamental, um pouquinho de gestalt, mas ao mesmo tempo não aprofunda em nada. Você fica naquela coisa muito... que não dá pra produzir. Quando você entra no tete-a-tete com paciente você fala: 'e agora, o que eu faço?'. Quando eu olho pro meu paciente com transtorno de pânico, eu fico quase eu em pânico do lado de cá, porque se eu for considerar o que eu aprendi lá, o que eu vou falar com ele? Eu não vou produzir nada. Eu tenho um conhecimento, mas um conhecimento que na hora da minha prática, eu não vou ter muita base pra aplicar.

Eu iniciei mais na área social. Continuo até hoje, trabalho na Vara da Infância Juventude aqui na Serra. Mas, desde que eu me formei, logo que eu me formei, eu comecei um trabalho na área social, com abrigos de crianças vítimas de violência. Ajudei a realizar projetos sociais na área de proteção a criança. Sempre na área de proteção a criança, né. E aí eu acabei passando para um concurso público que teve no final de 2003 e aí que eu fui experimentar um pouco mais da clínica, né. A clínica até o momento eu só tinha experimentado em consultório particular. Mas, assim, como eu me dedicava muito a essa área de proteção à criança e ao adolescente, né, fiz pós-graduação e tudo, me dedicava quase que exclusivamente a isso, a clínica acaba que era muito restrita.

(...)

(A coordenação) Libera pra capacitações, principalmente se é a prefeitura que está promovendo. Então a gente tem tantas reuniões de equipe. Aqui na unidade é uma por mês. Então a gente separa a equipe, que é o psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, pra estar sentando, discutindo os casos, discutindo os problemas de trabalho, discutindo como é que está o trabalho. Isso a gente, uma vez por mês. Semana passada eu estava fazendo um curso de psicopatia e psicofarmacologia, que a gente estava pedindo há algum tempo, a gente foi fazer... toda a equipe, né, porque vai mudando, ora um, ora outro. Então a gente tem pela unidade. Quando não é da unidade, por exemplo, há uns dois anos atrás, eu fui fazer um curso de

transtornos obesidade, transtornos alimentares e problemas com obesidade. Eu tava com pacientes com essa demanda, eu tinha conseguido parte de uma bolsa no curso, ia ser uma semana. Foi a maior burocracia pra poder sair da unidade. Quando é fora, assim, quando é uma demanda que a gente enxerga e quer correr atrás, aí é mais difícil de conseguir. Mas, tem uma abertura sim. Não vou dizer que não existe a possibilidade. É mais difícil, mas existe.

O fórum de saúde mental estadual, por exemplo, tenho ido com bastante frequência. Esse ano, até por esse período que eu fiquei de licença, eu não sei como teve, mas, assim, era de dois em dois meses que tinha o fórum, e a gente tinha liberdade pra estar saindo, pra estar participando. Como eu te falei, a coordenação do programa de saúde mental aqui incentiva a gente a estar participando disso tudo.

(...)

Como dar suporte para o paciente para que ele esteja bem, pra ele voltar para aquilo que lhe fez mal. E como ele voltar para esse espaço sem voltar a adoecer. E acaba que mesmo como psicólogo a gente encara isso, porque, como o salário do psicólogo está a cada dia menor, eles não diminuem em número, mas quando eu olho quando eu estudava ainda, eu falava 'pô, psicólogo ganha bem, né'. Vou ser psicólogo, nossa, que coisa legal. E hoje eu olho assim: vou ter que me manter em dois empregos pra conseguir o mínimo e necessário, né. Então, acaba que a gente está nessa máquina adoecedora também. Aí acaba assim: trabalha em um lugar de manhã, trabalha em outro lugar a tarde, e a noite tem que estudar pra se capacitar, pra pensar numa outra coisa melhor. E aí você sai sete horas da manhã de casa e chega dez e meia da noite. Aí eu pergunto: onde é que fica a família? Onde é que fica isso tudo que a gente tenta construir com o paciente na clínica? Então, assim, o trabalho ele é muito adoecedor.

(...)

(Sobre quantidade de atendimentos) Não, número específico não, nunca pegou. Claro que a gente assim não vai ficar uma manhã inteira pra atender dois pacientes. Não sei nem como a secretaria reagiria se visse isso na minha produção. Pois a gente faz produção, tem que escrever, tem que colocar tudo registrado, como os médicos fazem. Tal paciente, tal dia, atendi esses. Nunca me cobraram 'ah, você

atendeu tantos pacientes nesse dia, e nesse dia você atendeu tantos'. A gente é muito livre. Isso é muito bom.

Enquanto na área da criança a gente tem como se especializar, acaba que aqui, a clínica, na saúde pública, a gente pega da criança com problema de aprendizagem, ao idoso com depressão, ao problema de diabetes e todos os problemas que vem acarretando, ao cara que está com câncer e esta se recompondo, ao transtorno de obesidade, que você tem que dar suporte. Então acaba que você fica até meio desesperado. Justamente porque você pensa: e agora? Eu faço o que? Eu estudo o que? Porque tudo precisa realmente você estar estudando um pouco mais, né. Porque você pega um transtorno de ansiedade em que o cara tem uma agorafobia, é uma forma de tratamento que você vai dar. Você pega uma criança que está com transtorno de comportamento na escola, é uma outra dinâmica que você vai estar aplicando. Então a gente fica meio que...

Mas eu tenho a noção de que isso ainda é pouco, porque assim, acaba que a gente deveria estar dando um suporte muito maior ao paciente. Mas por conta dessa impossibilidade de você fazer um curso em todas as áreas assim, tem até o alcoolista que a gente tem que dar suporte. O alcoolista, o drogadicto, que precisa também de suporte. Enquanto a gente deveria estar dando um suporte muito maior, quando a gente vê por exemplo a equipe do CAPsAd que abriu recentemente na Serra, né. Que eles podem focar aquele tratamento, como acaba que.. caiu muito naquele tipo de atendimento, eles têm como dar um suporte muito maior para o paciente, né. Então a gente vê, muitas vezes, assim, fazendo o que é possível para o trabalho aqui na unidade de saúde.

Porque agora eu não tenho que dar conta só do problema da infância e da adolescência vitimizada, mas aqui dessa coleção de problemas psíquicos que a gente enfrenta, né.

Na psicologia, e não só na psicologia, nos programas de saúde mental como todo, a gente tem encontrado muitos.. são os problemas, eu diria que envolvendo essa situação social. A crise no trabalho, a crise de não dar conta deste mundo que é tudo muito.. tem que ser tudo muito imediato, tudo a resposta tem que ser muito aqui e agora. Então os problemas psiquiátricos, a gente tem notado que vem muito por

conta disso, né. Existe uma exacerbação desta coisa da histeria, né. Então, enquanto, sou histórica de carteirinha, mas eu dou conta da minha histeria. Mas acaba que hoje bate aqui essa coisa histórica do não suportar mais o trabalho e que se esconde atrás desses sintomas pra não ter que voltar mais pra lá. Porque o trabalho é uma coisa muito penosa hoje. E dá um retorno que é muito pequeno. E as famílias estão ficando para traz. Então as pessoas começam a adoecer com isso tudo. E geralmente quando elas acabam entrando em doença, já não querem mais voltar pra aquele trabalho. Então a gente está enfrentando uma dificuldade muito grande em estar lidando com isso. Como que, ao mesmo tempo, reconhecer que esse sujeito nesse trabalho está adoecendo. Ao mesmo tempo ver que o sujeito, ele acaba tendo que permanecer na doença pra não ter que voltar para esse trabalho. É uma coisa de doido, de doido. É uma das coisas que eu tenho a maior dificuldade de estar lidando com a clínica talvez tenha sido isso. E por isso que eu digo que na clínica está aparecendo muito isso. As vezes, crise de pânico inclusive nessa relação com o trabalho. Então tem aparecido muito isso. De pessoas que não suportam mais essa vida enlouquecedora que está por aí a fora. Pânico, crises histerias, dessa.. inclusive de algumas depressões leves também. Dessa coisa de não querer mais viver. 'Olha, to numa máquina de vida que minha vida não dá mais pra dar conta'. Então é isso que tem aparecido muito. Como que o programa... o programa ele foca o transtorno mental grave, mas o transtorno mental grave é menos de 10% do que a gente tem aqui. A gente tem um livro de espera, da psicologia, que é infernal. É todos os dias chega gente...

(...)

(Sobre a quantidade de pessoas que procuram atendimento psicológico) Número, eu não sei te dizer. Eu sei que tem gente esperando há quase dois anos. Então, assim, acaba que.. é claro que muitos ficam esperando tempo demais, porque quando chega... porque o nosso protocolo é assim, pelo menos aqui na unidade: ele chega via serviço social, ele apresenta a demanda para o serviço social. Quando o serviço social nota que é uma coisa mais urgente do que geralmente aparece, eles já conversam diretamente com a gente e a gente já insere no atendimento. Então fica lá aqueles que estão em crise, mas continuam vivendo. Aí tem como estar vivendo, a gente deixa ele viver e pega aquele que não está suportando viver. Então, as vezes, esperam muito tempo. Eu tenho até medo de pegar aquele livro que está lá

na espera porque dá vontade.. um desespero na gente. A procura é muito grande. São casais que não estão conseguindo mais se entender, porque está todo mundo se desentendendo por conta dessa vida maluca que vivem. E quando a gente traz pro consultório e vai ouvir, é isso que a gente sempre tá ouvindo 'olha, eu não tô dando conta de viver nesse mundo'. Crianças, atendimento com crianças, tem uma demanda imensa com atendimento com criança, pelo menos comportamental, né. Aí a gente começa com tratamento na escola, faz um suporte em casa, então manda para o psicólogo porque parece que o psicólogo tem a varinha mágica, né, que vai bater na criança e vai ficar ótima

Acaba que muitas vezes já chegam aqui inclusive com esse diagnóstico confirmado as vezes por um clínico, que inclusive pode passar esse tipo de medicação. A maioria que chega aqui já está com diazepam. Então, na reunião de saúde mental, o psiquiatra até falou que achava que tinha que mudar o nome do diazepam pra diazepão, porque eles tão procurando a necessidade do pão na necessidade da medicação. Tenho fome, eu tomo um diazepam que eu pego na unidade, que é gratuito, ao invés de comprar o meu pão pra matar a fome, porque eu não tenho dinheiro pra matar a fome. Então essa tristeza da vida você tampa ela com psicoterapia e com psicotrópicos. Então eu olho essa demanda da unidade muito por conta disso, como eu falei mesmo, o transtorno mental grave, são pouquíssimos os casos que a gente tem. Teve uma época, inclusive, que eles demandaram a gente estar falando sobre questões específicas, como interação medicamentosa. Então a gente chamou a psiquiatra e ela foi dar palestra sobre interações medicamentosas, sobre o que é o transtorno mental grave, a psicopatologia em si, esse padrão. O que é a própria cura, como que a gente fala de cura dentro dos transtornos mentais graves.

(...)

A rotatividade do pessoal na psicoterapia é grande. Aí fica um tempinho, e quando começa a modificar alguma coisa na vida, eles desaparecem, porque tem medo, como eu falei, aquela coisa ou de retornar ao emprego, ou encarar realmente os problemas, que não é fácil. Eu não tenho que dizer 'encarar os problemas é fácil'. Realmente é difícil, mas, a gente quer trabalhar que vai ser muito mais tranquilo do que você se tornar um dependente químico dessa medicação. Cada vez precisa

aumentar mais, e o sofrimento psíquico permanece, né, de outra forma, mas permanece, dopado dia e noite. É muito difícil para as pessoas realmente quererem encarar. Aí a gente fica nessa busca incessante, encarando aquele livro que não pára de crescer.

Agora, eu fico abismada com casos que seriam uma neurose, poderia estar resolvendo essa questão na psicoterapia, mas estão ali na psiquiatria.. ali porque o consultório de psiquiatria é aqui do lado. Na psiquiatria, e anos e anos e anos na medicação. Não ficam na psicoterapia porque quando eles vêem que alguma coisa vai mudar na vida deles, eles têm medo e saem correndo

(...)

Aí, como estava dando uma lista de espera muito grande, a gente criou um grupo de pais. E a gente passou a ouvir essa demanda inicial dos pais nesse grupo de pais e nesse grupo começou a trabalhar com esses pais pra ver o que estava acontecendo com essas famílias. E, assim, a gente viu que lista de espera de crianças não existe mais. Porque grande parte o grupo de pais dá conta, e o que o grupo de pais não dá conta a gente traz pra atendimento. E o atendimento é só com as crianças. Mas, é mínimo esse número de crianças que vem para o atendimento. Porque, assim, muitos pais notaram que essa dinâmica familiar meio que dá um tipo de resposta. Como assim? Muitas vezes os pais se sentem culpados por passar o dia inteiro fora, e quando chegam em casa não põe limite na criança. Aí tudo que a criança vai desejando, vai realizando, né. Não pode dizer mais não, pra criança, já que tem que dizer tanto não por ficar tanto tempo fora. Aí acaba que a criança adoce nessa relação. E aí nesse grupo de pais a gente tem conseguido dar um grande retorno. Então, assim, a gente fica tentando apagar incêndio o tempo todo.

(...)

(Frequência em que acontecem os grupos) Semanalmente. O grupo acaba que ele é muito... é um grupo aberto e muito dinâmico, as pessoas mudam muito. E as vezes em dois atendimentos os pais dão por resolvida a questão, e aí não vem mais. Aí já aparece outros que vão passando pelo serviço social e vão sendo encaminhados. Mas é uma rotatividade muito grande, né. Acho que tem produzido muita coisa legal esse grupo. E foi aberto desde que a gente chegou aqui.

É atendimento psicossocial e a gente discute as questões que eles trazem. E é muito interessante, né. Quando os pais vem numa consulta, quando chega no outro grupo eles já falam: 'olha, minha casa mudou'. Pessoas acabam tendo leituras do que se fala, do que se noticia, até do estatuto. Tem uns que falam: 'o estatuto da criança e do adolescente não deixa a gente bater. Então eu não posso mais corrigir o meu filho'. Então, entre bater... primeiro que o estatuto não fala em bater.. fala que eu não posso expor a violência. Mas daí a dizer que eu não posso estar batendo, não posso estar corrigindo, são coisas completamente diferentes. Porque ele não pode corrigir, daí se o menino faz coisa errada, ele não pode corrigir. E aí a gente sabe onde vai parar, a criança que não pode ser corrigida. Então, só nisso que a gente já comenta aí, já começa a trabalhar essa questão da necessidade do limite da criança, no outro grupo eles já voltam 'nossa, mas como mudou'. Então, assim, eu acho que a leitura que essas pessoas que estão fazendo nesse mundo, né, de que não pode mais bater, de que eu tenho que, essa coisa do emocional, 'olha, eu não posso mais deixar meu filho triste, não posso isso, não posso aquilo'.

Essa leitura de depressão também, as pessoas vêem depressão hoje não enquanto um transtorno mental grave, porque é um transtorno mental grave. E acaba que 'ah, eu to triste, então eu estou com depressão, o mundo acabou'. Ele já chega inclusive falando 'estou com depressão'. Já se diagnosticou, eles já chegam falando que estão com depressão. Essa coisa do mundo que fala hoje, dessa coisa muito imediata, né. Então, nada... os problemas não tem que ser resolvidos na vida. Se eu estou triste por causa de um problema que eu tenho, eu tomo um Diazepan, tomo uma fluoxetina e vou ficar bem. O problema permanece. Não, o problema tem que ser resolvido. Você vai tomar medicação em um caso ou outro, né. Mas a questão de resolver muito rápido, resolve muito rápido é com a medicação.. você toma a medicação e já está se sentindo bem. E resolver um problema você tem que encarar a coisa de frente, leva tempo, não vai ser de uma hora para outra. Então as pessoas não querem resolver seus problemas, elas querem medicação. Porque medicação, eu tomei hoje, eu estou bem. Há uma medicalização imensa. E pior que depois que eles caem nisso, eles não querem sair mais, porque é muito cômodo. E aí eu nem sei como... não dá pra cair nessa coisa da culpabilização porque acaba que o sistema hoje ensina isso, tudo muito imediato. Então a gente está brigando contra o sistema.

(...)

A gente tem um livro de espera que, inclusive, não é só da psicoterapia, mas é do programa de saúde mental. Que é inclusive, tem até a questão do psiquiatra, né. A gente já tentou, inclusive, uma época fazer grupo de acolhidas constantes, pra não fazer essa lista de espera, né. A gente tem até uma unidade que faz. Só que a gente notou que essas pessoas também não aderem muito a essa coisa do grupo não. É tudo muito individual. Elas não têm paciência pra ouvir a dor do outro. Elas querem terapia individual. Eu tenho até um grupo de histéricos que elas não têm paciência pra se ouvir. Eu quero muito saber da minha dor. E é uma outra coisa que a gente vê socialmente também, né, a individualização cada vez maior. E não tem como atender cem pessoas por semana. Não tem como, é piada. Mas, ta nesse ritmo.

Eu tenho um grupo de transtorno mental grave. O grupo de pais está com a Maria (*nome fictício*). Hoje tem o grupo de mulheres, que eu chamo de grupo de mulheres, não vou chamar de histéricas, mas é o perfil do grupo, é esse. Só mulheres, elas têm as mesmas demandas, uma idade muito parecida, em torno de 38 a 44 anos, essa é a idade das histerias que batem aqui, e geralmente com essa demanda.. inclusive elas têm crises histéricas mesmo, as vezes de entrar em tremores no serviço, aqueles ataques, desmaios, esse perfil assim. Eu estou com esses dois grupos. Na unidade ainda tem grupo de crianças, de adolescentes, de idosos, com os pais. A gente tenta focar, mas, como eu falei...

Eu tinha um grupo de jovens, moças jovens, que estavam com uma demanda específica. Mas aí quando a gente volta, acaba que um está trabalhando em um lugar, outro não tem horário..

No transtorno mental grave, tanto o paciente quando o familiar, eles participam desse grupo, e é meio que dar um suporte, discutir essa questão dos sintomas dentro de casa, como lidar com esse transtorno mental, como que é a vida em família, considerando essa pessoa com transtorno, né.

Então ele não é propriamente um grupo psicoterápico, né. É muito mais um trabalho de apoio a esses familiares, que se sentem muitas vezes sozinhos frente a essas coisas desconhecidas pra eles, essa realidade, viver com essas pessoas assim.

Então, esse grupo já tem algum tempo já, mas os pacientes eles são mais fixos. Eles precisam desse apoio, com que dividir, inclusive, aí eles já tem essa característica.

Existe uma proposta de fazer um trabalho mais coletivo, em grupos. Mas a gente pode fazer o trabalho de acordo com o que a gente vê da demanda, de acordo com o que a gente avaliar que seria melhor. Nem tempo de terapia, nem quantos pacientes. Isso a gente define de acordo com a necessidade do grupo.

(...)

Meu paciente mais novo já estava com dois anos. E o mais velho, eu já atendi um aqui com 75 anos.

(...)

Tenho muito suporte de equipe, matando um dragão a cada dia. Porque acaba que a gente tem uma equipe muito boa aqui, e consegue estar sentando e discutindo os casos. E vê qual é a melhor saída pra qualquer um. Porque a gente também não pode dar uma de onipotente que tem que fazer tudo, que tem que dar conta de tudo. Então, assim, a gente procura, no caso, não dando muito progresso no atendimento, a gente discute com a equipe o que pode fazer, vai e procura na Internet, pega um livro que alguém indica pra estar lendo.

Discute junto com o psiquiatra, como eu falei da equipe, a gente tem o suporte não só dos outros psicólogos, mas tem o psiquiatra aqui da equipe, o assistente social, os enfermeiros, a gente bate na porta do farmacêutico.

(Sobre a interação entre a equipe) Muito forte. Porque, as vezes, como eu te falei, como eu não tinha trabalhado na clínica antes, acaba que muitos dos meus pacientes fazem tratamento com psiquiatra e tomam medicação. E as vezes eles sentem sintomas que não é por causa de... é um sintoma que é por causa do efeito colateral de medicações. E aí eu tenho que aprender os efeitos colaterais das medicações. Aí eu falo pro farmacêutico pra me dar uns toques também, né. Então, os enfermeiros... essa troca é muito legal. Então a gente consegue dar o suporte mais por essa coisa da equipe, né. Eu já estou aqui há três anos e meio, e nesses três anos e meio me sinto uma nova profissional.

(...)

(Sobre o entorno do seu local de trabalho) Olha só, possibilidade desses espaços eu acho que a gente teria mesmo um espaço físico grande. Eu acho que o que impede a gente de ir até os locais não é nem a distância, o espaço físico. Eu acho que é muito mais essa demanda que é muito grande aqui dentro, que a gente pensa 'mas se eu deixar aqui pra ir lá, pra fazer essas ligações, eu vou deixar um monte de gente na porta aqui, esperando, aguardando. Tem muita coisa urgente pra tratar aqui também. Então a gente acaba trocando pelo que que é mais urgente, o que é preferencial pra tratar. Existe a possibilidade, existe, mas, assim, se a gente tivesse uma equipe mais ampla, que pudesse dar uma vazão maior para essas necessidades que já estão implantadas aqui dentro, a gente poderia estar fazendo um trabalho mais amplo nesse sentido.

(...)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é um bem-estar físico, psíquico e social. Não é algo estático, e é algo dinâmico. Assim, trabalhar saúde pro psicólogo implica numa posição extremamente holística, no meu ponto de vista. Você tem que pensar o psiquismo como uma questão que está intimamente relacionada a questão física, um corpo lesado. Um paciente que tem por exemplo, um membro amputado, aquilo ali vai repercutir de forma diferente no bem estar mental, afetivo, emocional dele. Qualquer investida contra o corpo vai provocar uma atitude, uma resposta emocional. Então você tem que pensar no físico. E tem que pensar no social porque o ser humano não é um ser que vive isoladamente. Ele tem um contexto social, político, histórico e geográfico. Então entender essa questão humana, psíquica, emocional, comportamental, implica em pensar em sistemas de vida que, no caso aí, seria esse sistema biológico, a gente poderia colocar assim, que seria o físico. Esse sistema político, social, geográfico e cultural que está diretamente implicado na questão social. Então pensar em saúde, nesse bem estar, seria pensar ao mesmo tempo em qualidade de vida. Que é uma questão que ao mesmo tempo é, digamos que ela é, é uma questão assim de época, a gente diz que as épocas falam, mas é pensar numa questão subjetiva também. Hoje o que seria ter saúde, o que seria ter qualidade de vida. Então pensar em saúde enquanto psicólogo, na pessoa enquanto existência, seria estar fazendo uma leitura bastante ampla, abrangente, da questão

da vida humana em termos relacionais. Seria isso aí. Onde você leria a questão do meio ambiente junto com a leitura que a pessoa faz desse ambiente aonde ela está inserida.

2 HISTÓRIA DA PSICOLOGIA: SILENCIAMENTOS, ROMPIMENTOS E NOVAS PACTUAÇÕES

2.1 A PSICOLOGIA COMO CIÊNCIA AUTÔNOMA

O propósito desta breve retrospectiva é situar o leitor de alguns configuração da história da Psicologia no Brasil, que favoreceram a contextualização dos aspectos investigados aqui. Mais especificamente, apresentar o surgimento da Psicologia como disciplina autônoma e, posteriormente, como profissão. Tais aspectos servirão como prelúdio para algumas questões presentes no roteiro da entrevista e que dizem respeito, em linhas gerais, ao modo como os profissionais situam suas concepções teóricas e a relação destas com a prática que desenvolvem.

Antunes (2004) aponta que, no início do século XX, as idéias da Psicologia como ciência autônoma, que já estavam em pleno desenvolvimento em alguns países da Europa e nos Estados Unidos da América, começaram a chegar ao Brasil principalmente por brasileiros que iam estudar e/ou se aperfeiçoar no exterior ou por estrangeiros que vieram para cá a trabalho.

A Reforma Benjamin Constant, em 1890, de cunho positivista, incorporou a disciplina de Psicologia nos currículos das Escolas Normais da época, destinadas à formação de professores. Em 1906 foi criado no *Pedagogium* – lugar idealizado com a finalidade de se constituir como centro de produção de saber e fomento para novas realizações educacionais – o Laboratório de Psicologia Experimental, o primeiro laboratório de Psicologia no Brasil. Os temas mais comuns de pesquisa eram os processos de inteligência, motivação e atividades sensoriais, entre outros (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003). Essa Psicologia surgiu comprometida com a educação e, portanto, descomprometida com as outras áreas, como a medicina. Essa orientação foi acompanhada, na ocasião, por várias Escolas Normais (PESSOTTI, 1988).

Margotto (2000) mostra tanto a importância da Psicologia para formação de professores no Estado de São Paulo quanto a ampla divulgação de artigos dessa ciência nos periódicos educacionais. Tal disseminação permite entrever a

valorização da Psicologia pelos órgãos oficiais, uma vez que essas revistas, destinadas aos professores, eram publicadas pelo próprio Governo do Estado de São Paulo.

Outros laboratórios foram criados na década de 1920, todos vinculados a Escolas Normais, envolvendo estudos sobre desenvolvimento infantil, processos de aprendizagem, relações entre professores e alunos e testes pedagógicos e psicológicos. Esses estudos foram utilizados como instrumentos de racionalização da prática educativa. (ANTUNES 2004). Cabe ressaltar, que tais estudos de Psicologia relacionados à área educacional se mantiveram por várias décadas de maneira sistemática, vindo a sofrer duras críticas nas últimas décadas do século XX, o que propiciou mudanças importantes nessa área - que vem a ser denominada Psicologia Escolar.

As pesquisas e discussões no campo educacional acerca dos temas psicológicos foram se ampliando cada vez mais, o que torna possível compreender porque, na década de 1960 – quando a Psicologia se institucionalizou como profissão – essa área se estabeleceu e ainda permanece como uma das principais áreas de atuação do psicólogo, juntamente com as áreas clínica e organizacional, como apontam dados da Mello (1978), do CFP (1988) e do CRP 04/Seção ES (2002).

Em 1923 foi criado pelo psicólogo polonês Wacław Radecki o Laboratório de Psicologia da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, fato apontado por vários autores como um dos principais marcos na história do desenvolvimento da Psicologia no Brasil (ESCH; JACÓ-VILELA, 2001; MANCEBO, 1999; JACÓ-VILELA, 1999; PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003; ANTUNES, 2004). A criação desse laboratório indicava a necessidade de um saber psicológico que subsidiasse a prática médica. O psicotécnico atuava como auxiliar dos médicos frente às necessidades clínicas e sociais dos pacientes. Os objetivos do laboratório abrangiam também a experimentação e a atuação como núcleo de pesquisas científicas e como centro didático na formação de psicotécnicos.

Nesse laboratório aconteciam práticas de testagem e psicoterapia que acompanhavam a tendência da medicina à época, em suas dimensões de mensuração, classificação e adaptação (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003). Até

hoje ambas as práticas são centrais na atuação do psicólogo no Brasil. A testagem é de grande importância não só para a área organizacional, mas também para as áreas escolar e clínica; os testes, aliás, vieram a se constituir como instrumento privativo do psicólogo. Por sua vez, a psicoterapia é vista como o “carro-chefe” da profissão, tanto por psicólogos quanto por leigos.

Em 1932 o Laboratório se transformou em Instituto de Psicologia e deu início à Escola Superior de Psicologia, que seria então a primeira escola no Brasil a oferecer formação de nível superior em Psicologia. Sete meses depois o local foi fechado e o período em que funcionou não foi suficiente para formar os primeiros profissionais. Alguns meses após o fechamento, entretanto, o Instituto foi reaberto, passando a se chamar Instituto de Psicologia de Assistência a Psicopatas. Em 1937 foi incorporado pela Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro) como órgão suplementar (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003; JACÓ-VILELA, 1999; MANCEBO, 1999).

Essa incorporação deve-se ao reconhecimento da importância, a partir da década de 1930, da ciência psicológica, que se tornou disciplina obrigatória para cursos como Filosofia, Pedagogia e Ciências Sociais, entre outros. Isso possibilitou uma expansão da Psicologia e a tornou fundamental para a formação de outros profissionais (MANCEBO, 1999; PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003). Dentro das universidades, a Psicologia teve a oportunidade de afirmar sua importância como ciência autônoma e de desenvolver tanto aspectos teóricos quanto práticos de modo desvinculado da área educacional, como acontecia até então (PESSOTTI, 1988).

É importante ressaltar que grande parte das obras que trazem informações sobre a história da Psicologia tem como foco o Rio de Janeiro (que era então a capital do Brasil) e São Paulo. Em ambas as cidades o desenvolvimento social e econômico acontecia de forma veloz, o que as transformou em locais propícios para uma maior efervescência intelectual e, conseqüentemente, para a ampliação de laboratórios e cursos profissionais em várias áreas, incluindo a de Psicologia.

Lugares fora desse eixo, como Pernambuco, Minas Gerais e Bahia, entretanto, também contribuíram de maneira significativa para a produção de conhecimento e

para a consolidação da Psicologia como disciplina autônoma no país (ANTUNES, 2004).

Segundo Pereira e Pereira Neto (2003), em 1946, a Portaria 272, referente ao Decreto-Lei 9092, institucionalizou a formação profissional do psicólogo, podendo se habilitar para exercer a profissão qualquer pessoa que freqüentasse os três primeiros anos dos cursos de filosofia, biologia, fisiologia, antropologia ou estatística e, posteriormente, fizesse cursos especializados de Psicologia. Esse foi o início oficial do exercício da profissão de psicólogo no Brasil.

Houve, portanto, nas primeiras décadas do século XX, o reconhecimento da importância da ciência psicológica, com um número cada vez maior de profissionais atuando na área. Alguns fatores foram importantes para que ocorresse tal reconhecimento. Um importante motivo para o interesse pela Psicologia nessa época, não só no Brasil, como no mundo, foi a possibilidade de utilizar conhecimentos dessa disciplina como recurso estratégico à época das grandes guerras.

A avaliação psicológica, que inclui os testes psicológicos, já estava sendo desenvolvida como uma parte importante da Psicologia na Europa e nos Estados Unidos desde o final do século XIX. Silva (2008) aponta que devido às guerras eram necessários instrumentos de seleção rápida e eficiente de contingente para as forças armadas. Para tais fins, foram utilizados os testes psicológicos, principalmente os de inteligência, que ofereciam uma resposta rápida para tal problema e, por isso, foram muito bem aceitos nesse contexto.

Durante a Primeira Guerra, foram desenvolvidos testes especificamente para descobrir qual era a melhor colocação para cada soldado alistado, de acordo com suas características físicas e mentais. Como exemplo tem-se, em 1917, o desenvolvimento dos Testes Army Alpha e Beta, usados para testar e avaliar os recrutas norte-americanos, por Robert Yerkes (SILVA, 2002).

Os testes eram utilizados em aplicações coletivas, com escalas que pudessem classificar os milhares de recrutas em suas aptidões e capacidades intelectuais, ao invés de testes de aplicação individual, que eram mais demorados e demandavam mais trabalho (FILHO, BELO, GOUVEIA, 2006).

Na Segunda Guerra Mundial os psicólogos já contavam com um grande número de testes e de pesquisas motivacionais, além de buscar compreensão para alguns conflitos psicológicos/transtornos que poderiam ser causados pela guerra.

No Brasil, a testagem já era uma atividade realizada no Laboratório da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro (Pereira e Pereira Neto, 2003) e, como apontam Filho, Belo e Gouveia (2006), durante o período de profissionalização do psicólogo brasileiro, os testes ajudaram a conferir um estatuto de cientificidade que a Psicologia almejava por suas dimensões mensurativas e classificatórias, pretensamente objetivas e neutras.

Gomes (2004) destaca que a avaliação psicológica no Brasil apresentou, entre as décadas de 1920 a 1940, um ritmo intenso de estudos e pesquisas, acompanhando o desenvolvimento internacional na área: “Os instrumentos internacionais chegavam ao Brasil com incrível rapidez e eram adaptados com cuidado, atendendo aos preceitos psicométricos e culturais vigentes” (p. 60).

A convocação da Psicologia nesses momentos de conflitos mundiais – além de em outros tantos momentos, alguns dos quais serão comentados nesta dissertação – representou o reconhecimento dessa disciplina, ao mesmo tempo em que ela, em sua suposta neutralidade, se submeteu aos princípios da guerra. Isso proporcionou um grande desenvolvimento nessa época, que posteriormente foi transferido para outras áreas de trabalho, como a área organizacional.

No Brasil, a difusão dos testes mentais também estava intimamente relacionada ao interesse dos educadores por uma pedagogia científica, dos médicos que recorriam à psicologia para fundamentar programas preventivos de saúde mental e de recursos técnicos para a definição de diagnósticos, dos advogados que procuravam na psicologia elementos para compreensão, elucidação e intervenção em problemas de delinqüência e criminalidade, entre outras disciplinas, o que propiciou uma expansão da Psicologia no Brasil como uma novidade técnica avançada (GOMES, 2004).

É importante pontuar que a Psicologia ao se colocar nesse lugar de saber capaz de observar os indivíduos e defini-los/diagnosticá-los através do desenvolvimento e aplicação de testes e da clínica individual, corroborou com a naturalização de

ideologias sobre pessoas superiores e inferiores e ajudou a colocar como anormal qualquer característica que se encontrava fora da média, que passou a ser o padrão de uma suposta neutralidade, transformando em dados objetivos histórias de vida e cultura que não são passíveis de objetivação.

Cabe ainda ressaltar, como indicam Filho, Belo e Gouveia (2006), que a partir da década de 1950, apesar de todos os contextos de intervenção psicológica fazerem uso dos testes, estes passaram a sofrer uma forte crítica pública em relação ao seu valor científico, bem como a suposta ilegalidade em sua administração, pois os resultados dos testes diziam características íntimas das pessoas que não deveriam ser usadas para julgá-las.

A partir da década de 1940, durante o governo Getúlio Vargas, o Brasil iniciou seu processo de industrialização, que seguiu o modelo capitalista em desenvolvimento em outros países. Abriu-se, então, um novo espaço para a Psicologia e seus testes: classificar, selecionar e recrutar pessoas para trabalharem nas empresas (Pereira e Pereira Neto, 2003). Portanto, foi preciso haver uma preocupação com o fator humano, o que levou ao desenvolvimento de técnicas psicológicas de recrutamento e seleção dos trabalhadores, para que cada homem ocupasse um lugar adequado dentro das organizações. Os profissionais encarregados desse processo eram chamados de psicotécnicos ou psicologistas e possuíam, principalmente, formação militar, pedagógica, médica ou de engenharia (MANCEBO, 1999).

Esse novo espaço no mercado de trabalho, aberto pela industrialização, fez com que houvesse aumento da demanda por psicotécnicos qualificados para seleção e recrutamento de pessoal, tanto por parte de empresas públicas quanto por parte das empresas privadas (MANCEBO, 1999).

Em São Paulo, desde a década de 1920, Roberto Mange, importante divulgador da Psicologia, utilizava testes para fins de seleção e recrutamento, sendo ele o responsável pela implantação do Serviço de Psicotécnica e do Laboratório de Psicotécnica no Serviço Nacional da Indústria (Senai) e no Serviço Nacional do Comércio (Senac).

No Rio de Janeiro, para tratar das questões da organização racional do trabalho, foi criada em 1944 a Fundação Getúlio Vargas (FGV), que passou a discutir os

problemas do trabalho a partir de vários enfoques, inclusive o psicológico. Em 1947, dentro da Fundação Getúlio Vargas, surgiu o Instituto de Seleção e Orientação Profissional (ISOP), coordenado pelo professor Mira y López, que trabalhava no campo da Psicologia aplicada ao trabalho (MANCEBO, 1999).

O ISOP se tornou a principal instituição de preparação de psicotécnicos do Rio de Janeiro. Ministrava cursos breves, focados na Psicologia aplicada, e priorizava técnicas e instrumentos para a prática do profissional, sem dar ênfase ao aspecto teórico. O objetivo do instituto era

contribuir para o ajustamento entre o trabalhador e o trabalho mediante o estudo científico das aptidões e vocações do primeiro e os requisitos psicofisiológicos do segundo (LANGENBACH, 1982, p. 51, apud MANCEBO, 1999, s/p).

Além da formação de psicotécnicos, o ISOP oferecia serviços como seleção profissional, análise psicológica do trabalho, classificação de pessoal, readaptação profissional, exploração da personalidade e pesquisa e divulgação, entre outros. No campo do ensino eram oferecidos cursos como o de psicoterapia menor, o de técnicas de exploração da personalidade e o de estudo psicológico da felicidade (MANCEBO, 1999).

Isso já mostra a origem naturalizadora da Psicologia, ao não questionar as construções históricas e sociais que possibilitaram essas supostas vocações, mas simplesmente tratar os sujeitos como números e/ou objetos, categorizando-os e classificando-os, em um processo típico de esquadrinhamento que já era feito em hospitais, prisões, escolas e outras instituições, e que vai se imbricando em toda a sociedade, na tentativa de sistematizar a vida em todos os lares.

Catharino (1999) ressalta que essas ações da Psicologia precediam as teorizações. Essa divisão se tornaria alvo de críticos que tentariam modificar a situação por ocasião da criação dos primeiros cursos superiores de Psicologia no país.

Desse modo, o primeiro curso universitário de Psicologia do Brasil, que surgiu na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), em 1953, apareceu como uma alternativa à formação considerada tecnicista e espaçada oferecida pelo

ISOP. Passou a se privilegiar, portanto, a teoria na formação dos psicólogos, com menos atenção à prática (MANCEBO, 1999).

A PUC/RJ contava com vários catedráticos de Psicologia e desenvolvia uma variedade de práticas psicológicas, tornando-se pioneira na formação universitária de psicólogos (MANCEBO, 1999).

Em 1958, na Universidade de São Paulo (USP), deu-se início ao curso de formação em Psicologia Clínica, e, em 1962, houve o estabelecimento do currículo pleno do curso de Psicologia (ANTUNES, 2004).

Em 1959 a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) organizou cursos de especialização em Psicologia Clínica, Educacional e do Trabalho e passou a oferecer também, a partir de 1962, o curso de graduação em Psicologia. Em Minas Gerais, o curso havia sido criado quatro anos antes, em 1958, pela Universidade Católica. Já na Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, a graduação em Psicologia só apareceu em 1964 (ANTUNES, 2004).

O curso superior de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) começou suas atividades bem depois, em 1979. A história desse curso assume uma importância enorme neste trabalho, pois 16 dos 18 sujeitos entrevistados concluíram sua graduação na UFES, tendo terminado seus cursos entre 1986 e 2004, o que poderá ser visto na Tabela 1 (p. 53).

2.2 A REGULAMENTAÇÃO DA PSICOLOGIA COMO PROFISSÃO

Os vários profissionais (pedagogos, médicos, advogados, entre outros) sendo formados por cursos de curta duração como psicotécnicos, a disciplina de Psicologia sendo ministrada como obrigatória para vários cursos de ensino superior, a criação de cursos superiores de Psicologia e a demanda da sociedade por esses profissionais, principalmente na área de classificação, recrutamento e seleção, devido ao crescimento das empresas privadas e públicas tornaram possíveis as discussões sobre a regulamentação da Psicologia como profissão.

A regulamentação da profissão e o fornecimento de formação regular permitiram normatizar e fiscalizar o exercício do psicólogo, promovendo uma nova imagem para esses profissionais (ESCH; JACÓ-VILELA, 2001).¹

Em 1953 a Associação Brasileira de Psicotécnica entregou ao Ministério da Educação um esboço de anteprojeto de lei relativo à formação dos psicólogos e à sua regulamentação profissional. Foi proposto que o curso de Psicologia fosse composto por três anos de bacharelado, nos quais seria ministrado o embasamento teórico, e dois anos de licenciatura – nos quais seria focada uma formação técnica especializada que poderia ser realizada em três áreas: psicotécnica da educação, do trabalho ou do ajustamento clínico (ESCH; JACÓ-VILELA, 2001).

Em 1957 foi apresentado um anteprojeto substitutivo, que tinha como principais mudanças a incorporação da pesquisa, ensino e aplicação na parte destinada a licenciatura e a não permissão da atuação do psicólogo para atuar na área clínica, a não ser em condições de assistente técnico, sob supervisão do médico especializado, uma vez que os médicos possuíam a exclusividade da atividade clínica (ESCH; JACÓ-VILELA, 2001). Percebe-se pouca diferença da atividade que nesse momento queriam destinar ao psicólogo, como auxiliar do médico, daquela que Radecki, em seu Instituto de Psicologia, havia proposto, mesmo tendo se passado mais de 30 anos. E é interessante notar que, de tempos em tempos a medicina tenta colocar sob sua tutela outros saberes que não só o psicológico – como visto desde o início dos anos 2000, através da tentativa de aprovar o Projeto de Lei 25/02, que é conhecido como Lei do Ato Médico, através da qual é afirmada a hegemonia do saber médico sob os outros saberes da saúde.

Um segundo substitutivo foi feito sobre a formação em seis anos, divididos igualmente entre bacharelado e licenciatura e garantindo ao psicólogo a atuação na prática clínica.

Para conciliar Psicologia e a Medicina, a nova proposta substitui o *exercício da prática psicoterápica* pela *solução de problemas de ajustamento*, esta

¹ “Em 1972 foram criados, através da lei 5766/72, os Conselhos Regionais e Federal de Psicologia, que iniciaram o seu funcionamento em dezembro de 1973, e passaram a responder pela inscrição legal dos profissionais e pela regulamentação e fiscalização do exercício profissional da profissão de psicólogo no Brasil. Os dados de número de profissionais foram extraídos de publicações do CFP.” (SILVA, 2003, p. 138).

última assumindo a feição de *função privativa do psicólogo* (ESCH; JACÓ-VILELA, 2001, p. 21, *grifo do autor*).

Este conteúdo foi aprovado em 27 de agosto de 1962, pela Lei 4.119. Juntamente foi aprovado o Parecer 403 que estabeleceu o currículo mínimo e a duração do curso de formação em Psicologia. A regulamentação da Lei se deu em 21 de janeiro de 1964, com o Decreto nº 53.464.

Passou a ser reconhecido legalmente como psicólogo, pelos dispositivos legais, além dos profissionais que se graduassem em cursos superiores de Psicologia, os profissionais que já trabalhavam com questões psicológicas – como os diplomados em cursos oficiais e reconhecidos na área de Psicologia clínica, educacional ou do trabalho – funcionários públicos nos cargos de psicólogo ou psicotécnico, profissionais que trabalhavam na área há mais de cinco anos, militares formados pelo curso de Psicologia do Ministério da Guerra, doutores em outras áreas que tivessem tese relacionada à Psicologia e pós-graduados em Psicologia e Psicologia Educacional (ROSAS; ROSAS; XAVIER, 1988).

As faculdades de Psicologia, por sua tradição em estudos teóricos e seu distanciamento da aplicação das técnicas e dos estágios, e no intento de obedecer à lei que regulamentava a formação do psicólogo, acabaram por estabelecer a linha clínica como a mais realizável (MELLO, 1978). Essa linha se expandiu de forma rápida e se estabeleceu como a principal área de atuação do psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1988; MELLO, 1978; YAMAMOTO; SIQUEIRA; OLIVEIRA, 1997), aspecto que será discutido posteriormente.

Em 1971 foi realizado o I Encontro Nacional de Psicologia, em São Paulo, onde foi defendida a criação do Conselho Federal de Psicologia e dos Conselhos Regionais de Psicologia, que foram instituídos em 20 de dezembro do mesmo ano, pela Lei nº 5.766, como autarquias públicas ligadas ao Ministério do Trabalho, com funções de orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão. Em 1975 foi criado o Código de Ética dos psicólogos, através da Resolução nº 8, de 02 de fevereiro, do Conselho Federal de Psicologia (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003).

Segundo o referencial teórico da Sociologia das Profissões, Pereira e Pereira Neto (2003) constatam que foi em meados de 1970 que a Psicologia alcançou todos os

requisitos necessários para ser considerada uma profissão: conhecimento pouco acessível e institucionalizado, mercado de trabalho formalmente assegurado e auto-regulação, instituída por conselhos e código de ética. Há, portanto, o fim do processo de profissionalização da psicologia no Brasil. É importante ressaltar que Silva (2003), em sua tese de doutorado, traz uma discussão importante sobre o que faz ou não uma profissão ser reconhecida por essa Sociologia das Profissões. Mesmo que esse tema fuja ao escopo desta dissertação, é essencial apontar que não há consenso sobre o que faz uma profissão ser reconhecida enquanto tal e que esse é um questionamento atual de diversos teóricos.

Ainda sobre a regulamentação da profissão, Bock (2001) levanta importantes questões, mostrando que os aspectos da Lei 4.119 não somente são elaborados levando em consideração o desenvolvimento da Psicologia até então, como vão marcar, de maneira negativa, os rumos da Psicologia e da profissão. O documento de Lei limita a Psicologia a aspectos intervencionistas orientados para ajustamento e adaptação do homem.

Fala-se então de desenvolvimento e de condições para sua facilitação, como se o desenvolvimento tivesse percurso determinado. Fala-se de aptidões, características de personalidade, comportamentos e mecanismos mentais; a interação do indivíduo com o ambiente interno e externo aparece como eixo do trabalho psicológico, podendo mesmo afirmar-se que aí está o objeto da Psicologia. (...) A finalidade do trabalho é ajustamento, adaptação, auto-realização, desenvolvimento, convivência e desempenho, sempre supondo um estado de normalidade, de adaptação, nunca definido. O trabalho do psicólogo está muito relacionado a esses objetivos, seja ele em escolas, empresas ou clínicas (Bock, 2001, p. 26).

Bock (1999) analisa que entre os diversos rumos possíveis, a Psicologia se afirma como o estudo do indivíduo isolado de seu meio social, concebendo o homem como possuidor de uma natureza humana própria, que tem seu desenvolvimento previsto pela sua própria condição de homem, cabendo à Psicologia “ajustá-lo”, caso ele se desvie do seu desenvolvimento ‘esperado’. Parte dos dados que serão mostrados no Capítulo 2 mostram que essa visão de homem continua, apesar das discussões levantadas nas duas últimas décadas – em alguns casos, se tem apenas uma nova roupagem para uma velha maneira de pensar o homem.

Como permanecer utilizando essas práticas historicamente constituídas, que consideram o homem em seu aspecto a-histórico, frente a uma realidade em que a

pobreza e a violência constituem e permeiam as subjetividades, que as drogas, lícitas ou não, estão incorporadas ao cotidiano, suprindo necessidades sociais e esvaziando dores reais? E como captar movimentos que tentam, cotidianamente, romper com essa visão dominante, produzindo um outro tipo de prática e de comprometimento?

2.3 UMA PSICOLOGIA CONSTITUÍDA POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS?

A partir de 1964, quando os militares, através de um golpe, assumiram o poder, o país passou por grandes mudanças econômicas, políticas e sociais, que afetaram diretamente o rumo que a Psicologia iria tomar.

Parte das décadas de 60 e 70 foram marcadas pela extrema repressão a qualquer movimento que fosse considerado como de oposição ao governo militar, pelo fechamento do Congresso Nacional e das Assembléias Legislativas de vários estados, pelo censura da imprensa e da cultura, pelo “milagre econômico” e, principalmente, pela tortura e desaparecimento de milhares de cidadãos.

De acordo com Coimbra (1995), a conjuntura histórica do período militar fortaleceu um determinado modelo de família que passou a se fechar sobre si mesma e se retirar de uma vida pública e dos perigos que esta implicava, tomando o privado como refúgio.

Ao mesmo tempo em que as pessoas passaram a se preocupar com elas mesmas, escrutinando cada emoção e pensamento próprios, elas se desvincularam do mundo exterior. Ao aumentar a preocupação e o investimento que as pessoas têm com as questões íntimas, houve uma enorme psychologização do cotidiano e da vida social.

Em outras palavras, o processo de controle e repressão utilizados pelos governos militares provocou um investimento maior na investigação de processos subjetivos, pensados como fenômenos separados do contexto histórico e social.

Nesse contexto, o psicólogo assumiu o lugar de especialista sobre o outro, afinal, ele é o profissional que se utiliza da suposta neutralidade propiciada pela ciência e que tem como prática privativa o exercício da psicoterapia visando “solucionar os

problemas de ajustamento”. Ao se comprometer com essa pretensa neutralidade, a Psicologia silenciou os problemas sociais – despolitizando o cotidiano – e os transformou em problemas individuais, sendo passíveis de serem resolvidos através de longas análises em consultórios.

Esse deslocamento do social para o individual gerou inúmeras possibilidades e necessidades de intervenção nas famílias, reconduzindo todos os seus membros ao padrão de normalidade colocado como hegemônico e muito bem aceito, principalmente pelas classes médias urbanas – que se tornam as principais consumidoras das práticas psicológicas nos consultórios particulares (COIMBRA, 1995).

Há, então, o fortalecimento dos psicólogos, enquanto profissionais, pela necessidade que surgiu de controlar, de disciplinar, de normatizar e de naturalizar toda a sociedade e sua divisão social do trabalho a partir da naturalização dessas relações (COIMBRA, 1995).

Coimbra (1995) aponta que as demandas produzidas pelas próprias práticas psicológicas foram naturalizadas, o que favoreceu em muito as subjetividades hegemônicas liberais produzidas, propondo modelos de família, infância, e outros, condizentes com os dominantes (cabe lembrar que a Psicologia era uma profissão que se infiltrava, prioritariamente, nas classes médias).

Silva (2003) aponta, entretanto, que essas demandas podem não ter sido produzidas pela psicologia per se, mas que poderiam estar mais vinculadas aos processos de modernização da sociedade, que produz a psicologia como uma via de sua expressão. Como se pode perceber, são recortes de pontos de vista que poderiam ser discutidos mais profundamente, com vistas à colaboração para um melhor entendimento sobre a história da Psicologia – que tem se mostrado muito mais complexa e menos linear do que a própria ciência propõe

Como analisa Silva (2003, p. 149)

De qualquer modo, o que deve ficar radicalmente questionado aqui é a idéia de que a história que foi constituída, da Psicologia como profissão na sociedade brasileira, pudesse ter qualquer coisa de inevitabilidade histórica ou fosse causado exclusivamente por alguma ordem de teleologia corporativa.

Ainda sobre a extensão que alcançou a Psicologia no Brasil, Coimbra aponta (2001),

Em um passado recente, nos anos 60 e 70, quando se verificou o *boom* das práticas *psi* no Brasil, notadamente nos grandes centros urbanos, elas nos foram apresentadas para *consumo* como *coisas em si*, como objetos que, por terem uma determinada natureza, estariam imunes aos múltiplos e variados acontecimentos que marcavam a nossa história. Em nome da *pureza* da *verdadeira* prática *psi* negava-se peremptoriamente quaisquer atravessamentos históricos que pudessem contaminar, macular, os *puros, verdadeiros, universais e eternos* objetos *psi* com os quais trabalhávamos. Se hoje essa negação não se faz mais tão enfática e/ou sistematicamente como antes, sem dúvida permanece, hegemonicamente, no território *psi*, o desprezo por aqueles que tentam fazer outras leituras, diferentes das oficiais, incorporando dimensões históricas em suas análises (p. 11).

Com a Psicologia e a psicanálise sendo difundidas no cotidiano das pessoas, através de programas de TV, livros, revistas e manuais de comportamento, ir ao psicólogo passou a ser visto, inclusive, como sinal de status social (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003). Não que a Psicologia tivesse essa intencionalidade em sua origem, entretanto, além desses fatores, Silva (2003) aponta outros como alguns efeitos das rupturas que ocorreram dentro da própria psicanálise e que permitiram essa proliferação, um tanto desenfreada, desse saber em diversas áreas. Mas, a soma de uma visão de neutralidade, proposta pela ciência, adicionada à formação despolitizada da classe média, que ocorria nos cursos de graduação, foram fatores que permitiram que a Psicologia fosse usada sem que se questionasse, de maneira prioritária, seu direcionamento e os efeitos que poderia causar na sociedade.

Um número suficiente de profissionais para atender a crescente demanda foi assegurado com a aprovação da Lei nº 5.540, em 1968, que promoveu a abertura de muitos cursos particulares de Psicologia. Entretanto, essa expansão da formação universitária não se deu sem uma perda da qualidade da graduação devido à fatores como a falta de docentes preparados, os baixos salários e a precariedade das condições de trabalho (ANTUNES, 2004; ROSAS; ROSAS; XAVIER, 1988).

Se até a década de 1960, a área organizacional e a área escolar haviam tido um rápido desenvolvimento, agora o campo clínico tornou-se o mais difundido, tanto pela conjuntura política, econômica e social do país, que tornou as práticas psicológicas bens de consumo, quanto por ter sido privilegiado pelos currículos universitários.

Outros fatores favoreceram a redução do interesse pelas duas primeiras áreas de atuação, como as fortes críticas que elas sofreram durante esse período. Passou-se a questionar a atuação de muitos psicólogos na área de recrutamento e seleção, pois se argumentava que estes se restringiam à mera aplicação dos seus instrumentos de trabalho e a adaptação dos trabalhadores às condições e aos interesses das empresas (ANTUNES, 2004).

Ao oferecer às corporações suas possibilidades de intervenção, sem participar da decisão quanto aos objetivos para o qual ela seria utilizada, a Psicologia contribuiu para o fortalecimento econômico do empresariado. Objetivando manter-se neutra diante dos conflitos sociais, as técnicas omitiam interpretações e qualquer conceituação política, de modo que muito serviu aos grupos e indústrias dominantes na época (MELLO, 1978).

Em relação à Psicologia da educação, a crítica era que o conhecimento psicológico estava muito calcado na perspectiva clínica, no diagnóstico e no tratamento de crianças com os ditos “problemas de aprendizagem”. De acordo com Antunes (2004), os testes e o atendimento clínico, dentro do espaço escolar, eram usados de maneira abusiva, sem levar em consideração as suas conseqüências e contribuições para a produção de determinadas realidades, como a construção do fracasso escolar – esse aspecto é amplamente debatido por Patto em três importantes obras que narram um pouco da história da Psicologia da Educação e da implicação do psicólogo nessa área de atuação “Psicologia e Ideologia (1984), “A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia” (1990) e “Introdução à Psicologia Escolar” (1997).

É possível perceber que as críticas feitas a ambas as áreas tinham como preocupação principal a atuação descomprometida do psicólogo, que não questionava “a quem o seu trabalho servia?” e/ou “com quem ou com o que suas práticas compactuavam?”, pois, geralmente, o homem certo para o lugar certo – que ocuparia os melhores cargos – e os alunos ditos “normais” eram os que seguiam os padrões das classes médias e altas. A Psicologia produzia, através de seus instrumentos de trabalho, uma exclusão de grande parte da sociedade e, ao produzir tal exclusão, afirmava que ela já estava lá, como se seu saber técnico estivesse

apenas desvendando e tornando nítida uma ordem natural encontrada na sociedade.

Cabe, ainda, assinalar que houve tentativas de ruptura com esses modelos tradicionais de Psicologia escolar e organizacional, de modo que existem atualmente diversas atuações pautadas num maior comprometimento social – o psicólogo organizacional não se restringindo somente ao recrutamento e seleção, mas agindo nos diversos processos da empresa e tendo como um importante objetivo a satisfação do trabalhador; o psicólogo escolar questionando os processos de trabalho e de gestão da escola como produtores de fracasso escolar, não culpabilizando o aluno ou a família e propondo novas formas de intervenção não normatizantes e excludentes. Esses questionamentos foram possíveis porque algumas condições se estabeleceram então: um número crescente de psicólogos para um mercado estreito e uma esquerdização de um certo espaço universitário, cujos nomes emblemáticos podem ser considerados Paulo Freire, Maria Nilde, Florestan Fernandes, entre outros.

Mesmo que essas mudanças contenham traços do antigo modelo de atuação, não se pode ignorar que elas dão novas perspectivas para ambas as áreas e que colocam a Psicologia, comprometida com os diferentes usos de seus trabalhos, a serviço de um contingente maior de pessoas.

Por fim, com a redução do número de psicólogos atuando na área organizacional e escolar e com a crescente ampliação da demanda por psicoterapias e outros trabalhos de ajuste e adaptação familiar, a área clínica, centrada nos consultórios particulares e principalmente com viés psicanalítico, se tornou – e ainda permanece – como o modelo hegemônico de atuação do psicólogo a partir da década de 1970 (COIMBRA, 1995).

A partir dessa época surgiram pesquisas que fizeram o levantamento das principais áreas de atuação do psicólogo. Mello (1978) fez, entre 1970 e 1971, um levantamento sobre os psicólogos formados no Estado de São Paulo. O Conselho Federal de Psicologia (1988) realizou posteriormente pesquisa semelhante, entre 1985 e 1987, só que com abrangência nacional e, por fim, pesquisa feita pela Seção Espírito Santo (ES) do Conselho Regional de Psicologia 4º Região, (atualmente o

ES possui um Conselho próprio, que passou a configurar a 16ª região), em parceria com a UFES e a FAESA, que entrevistou os psicólogos atuantes no estado do ES entre 2000 e 2001.

Todas as pesquisas realizadas mostraram que a área clínica ainda prevalece como a principal área de atuação (50,8% em SP entre 70-71, 43,4% no Brasil, entre 85-87, 35,6% no ES, entre 2000-01). A área clínica é, de acordo com Mello (1978), o campo mais cobiçado por estudantes e profissionais recém-formados. Entretanto, os dados do ES mostram que há uma progressiva distribuição dos profissionais em áreas que nas outras pesquisas raramente eram citadas, como a área comunitária. Várias poderiam ser as explicações dessa prevalência de atuação na área clínica (que serão discutidas posteriormente), mas cabe ressaltar aqui que talvez essa tenha sido a única alternativa no escasso mercado de trabalho, que formava cada vez mais psicólogos, mas que não absorvia tamanha mão de obra – mesmo que a clínica se mostrasse como um trabalho precário, com pouca quantidade de clientes, com excesso de trabalho e baixa remuneração. Isto pode ser compreendido como uma falta de possibilidade de conseguir um emprego público ou privado, com carteira assinada ou contrato de trabalho.

Por fim, é importante destacar que 19,1% dos psicólogos do Espírito Santo responderam que estão atuando em outras áreas que não são consideradas tradicionais, como a da saúde, do esporte e jurídica, o que indica uma ampliação do campo de trabalho do psicólogo com a diversificação das suas atribuições.

2.4 UMA OUTRA PSICOLOGIA

Na década de 70, durante a ditadura militar brasileira, alguns movimentos apareceram como forma de resistência à ditadura e começaram a gestar práticas que questionavam as das hegemônicas. Alguns grupos de psicólogos começaram a se articular com novos movimentos que foram se fortalecendo ao longo dessa década, de modo que, a partir da década de 1980, com o início da abertura política do país e o fim da ditadura, essa implicação se deu de forma mais clara. Essas práticas rechaçaram os movimentos tradicionais instituídos, politizando o cotidiano

dos lugares de trabalho e moradia e inventando novas formas de fazer política (COIMBRA, 1995).

A articulação da Psicologia com esses movimentos, que estavam produzindo um rompimento com o silenciamento imposto, possibilitou, segundo Soares (2003), o aparecimento de novos objetos de reflexão na Psicologia, a construção de ferramentas mais articuladas às condições sócio-históricas e a conseqüente desnaturalização do sujeito psicológico.

Antes concebido apenas a partir de sua história individual, esse sujeito será colocado em xeque por novas concepções. Dessa forma, elementos históricos possibilitaram o surgimento de novas práticas do psicólogo junto às comunidades marginalizadas e aos grupos sociais que ganhavam as ruas, buscando articular, através de um trabalho sério, a Psicologia e o momento social do país. Buscava-se também a saída de uma prática individual e curativa para uma atuação que valorizasse o grupo e o coletivo.

Uma das vias de implementação de novas práticas da Psicologia foi a acadêmico-universitária, pois as pesquisas e trabalhos de extensão junto às comunidades permitiram a associação dos saberes produzidos na academia com a busca de melhorias das condições de vida para o povo (NASCIMENTO, 2001). Não se pode deixar de apontar que essa Psicologia imersa no contexto social gerou mudanças de atitudes básicas em relação à formação tradicional dos psicólogos, que passaram a discutir as formas de inserção do profissional e a relação deste com o contexto em que estavam atuando (SOARES, 2003). O tecnicismo dos cursos, seu distanciamento da realidade, desconsiderando aspectos sociais, econômicos e políticos, bem como a sua ênfase na área clínica, passaram a ser analisados de forma crítica (BOCK, 1999).

Os psicólogos que saíram dos espaços tradicionais, buscando diferentes maneiras de atuar, nem sempre assumiam ou entendiam que estavam fazendo Psicologia ao ir a uma comunidade ou se percebiam produzindo novas práticas. Entretanto, suas diferentes atuações permitiram escapar da postura até então tradicional de psicólogo, a partir de inserções múltiplas e criativas (NASCIMENTO, 2001).

Os novos modelos de atuação pautados por um saber construído na práxis, no processo de apropriação da realidade pelo sujeito, vão crescendo em toda a América-Latina e rompe com a noção de comunidade passiva e estática. Pensando a subjetividade a partir do materialismo dialético e buscando os fundamentos de sua atuação, é possível romper com os modelos profissionais que se apoiavam em um saber visto como verdadeiro e universal (NASCIMENTO, 2001).

Conceitos como ideologia e consciência de classe passam a ser utilizados por uma nova Psicologia voltada para a transformação social e os movimentos dos grupos minoritários. Nesse sentido, os trabalhos de educação popular desenvolvidos a partir da obra de Paulo Freire foram um substrato importante na consolidação de práticas de oposição às ditaduras latino americanas (NASCIMENTO, 2001).

A partir da década de 1980, Sindicatos, Conselhos Regionais, Conselho Federal e Federação de Psicologia passaram a promover encontros, congressos e debates que contribuíram para afastar a concepção do psicólogo como um profissional distante das lutas e da realidade brasileira. Além disso, tais eventos promoviam e estabeleciam uma política de compromisso das entidades de Psicologia com a transformação da realidade brasileira (BOCK, 1999).

Essa mudança fica evidente quando se acompanha algumas produções de Psicologia da época, que abordam questões sobre o papel do psicólogo na sociedade, incluindo a formação do psicólogo e os diferentes modelos de atuação. Essas questões sociais, na década de 80, tornaram-se temas recorrentes, tentando um rompimento com o passado e se comprometendo com a luta ao lado da maioria da população (BOCK, 2001).

Nesse período começaram a surgir reivindicações de contratação de psicólogos para o serviço público, não somente como forma de ampliar o mercado de trabalho, mas como uma nova possibilidade para tornar o serviço psicológico acessível a grande parte da população, tentando desvincular a profissão do modelo clínico privatista – modelo este que foi progressivamente sendo criticado e identificado com o modelo médico e um atendimento elitista (BOCK, 1999).

Os psicólogos passaram a desenvolver atividades na educação popular junto a profissionais de pedagogia e sociologia e a atuar na prevenção em saúde mental,

em associação aos psiquiatras e aos assistentes sociais. Tornou-se mais freqüente o atendimento em grupo – opção que retira o sujeito da perspectiva clínica de interiorização e individualização e o coloca frente a diferentes subjetividades (SOARES, 2003).

Associações foram criadas com a finalidade de discutir esse novo momento da Psicologia no Brasil e na América Latina e construir uma Psicologia que estivesse consonante com a realidade. Entretanto, esse movimento de aproximação às classes populares também trouxe em seu bojo posturas de supervalorização dos saberes acadêmicos, os quais atribuíam ao psicólogo um papel de superioridade. Tal profissional teria como propósito disseminar um conhecimento sobre as comunidades que elas mesmas não possuíam (SOARES, 2003).

Essa preocupação em atuar consonante a realidade produziu transformações na própria abrangência do campo profissional do psicólogo, que passou a trabalhar com a saúde e educação públicas, por exemplo. Práticas outras foram sendo desenvolvidas dentro dos postos de saúde, secretarias e órgãos, de modo que caberia aos profissionais que atuavam dentro das instituições públicas democratizar o serviço para a população em geral, trazendo consigo a problematização política de forma ainda mais explícita (SOARES, 2003).

A construção deste campo de intervenção no decorrer da década de 80 deu visibilidade a toda a diversidade e complexidade das formas de atuar dos saberes *psí*. Distante da assepsia e pretensa neutralidade dos discursos ditos “científicos”, marcados por um viés claramente positivista, aproximou-se a psicologia não apenas de outros campos de construção do saber como, também, colocaram-se em análise as práticas e os lugares ocupados pelos especialistas da área na construção política do cotidiano (SOARES, 2003, p. 336).

Foi criada, no início dos anos 80, a Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), que tinha como linha de ação a construção de uma Psicologia pautada na discussão e na socialização de conhecimentos e práticas (ANTUNES, 2004).

A reformulação do Código de Ética da Psicologia, em 1987, após ampla consulta à categoria, reafirmou a necessidade de análises críticas permanentes da realidade social e política e do compromisso do profissional com o combate a práticas que oprimem e marginalizam o ser humano. Entretanto, essas mudanças não romperam

totalmente com o modelo médico de atuação do psicólogo que está contido no Código (BOCK, 1999).

Tentava-se, a partir dessas ações, descaracterizar a Psicologia como profissão elitista, que construiu aliança com a burguesia, e buscava-se uma nova identidade. A idéia central consiste em recusar o modelo centrado na noção de clínica, que isola o indivíduo, descolando-o de sua realidade e colocando-o em realidades sociais históricas, dinâmicas e transitórias. Entretanto, é preciso salientar que essas novas concepções de Psicologia ainda estão em construção por um grupo minoritário, dado que pesquisas recentes mostram que a visão liberal ainda domina os profissionais, como analisa Bock (2001, 2003).

Em 1992 o CFP publicou o livro “Psicólogo Brasileiro – construção de novos espaços”, fazendo um mapeamento das tendências e atuações dos psicólogos. Esse livro mostrava que a área clínica continua sendo a preferencial de alunos e psicólogos recém-formados, sendo uma área de atuação consolidada em instituições particulares e uma área de desenvolvimento promissor junto as instituições públicas e à comunidade (propondo, nessas instituições, um modelo não médico e mais consciente da inserção social do próprio profissional e de seus clientes) e a expansão de trabalhos com movimentos sociais, com a saúde, com menores de rua, com pessoas da terceira idade, entre outros (BOCK, 1999).

No fim dessa obra há a conclusão que:

Ao romper os limites impostos até mesmo pela regulamentação da profissão e pelas imagens geradoras de demandas pelo mercado de trabalho, os psicólogos buscaram consolidar uma atuação que não se restringe às atividades de mensuração de características psicológicas e intervenção frente a problemas de ajustamento dos indivíduos (...). Fazeres profissionais que demandam maior qualificação e amadurecimento ganham expressão (...). A busca de trabalhar com fenômenos mais globais, mais complexos ou menos fragmentados, abre perspectiva de um trabalho menos tecnicista, com maior poder de intervenção e articulado com fazeres específicos de outros profissionais. (Francisco e Bastos, 1992, p. 212-213) (BOCK, 1999, p. 137).

O livro do CFP lançado em 1994 reafirmou essa tendência, mostrando que os psicólogos agora utilizam o conceito de uma clínica mais ampliada, do fenômeno clínico contextualizado, da busca por trabalhos multidisciplinares e de novas formas de atuar na saúde.

A Psicologia como uma prática social deve levar em consideração que ela se articula a uma rede de relações, engendrando relações de poder:

(...) as intervenções comunitárias trabalharam seu discurso para uma proposta de mudança: atuar junto àquelas populações, propondo e intervindo no sentido de propiciar condições para que desenvolvam autonomia e referenciais críticos próprios, quanto à sociedade e a si mesmos, e conduzam as suas próprias discussões. Ou seja, trabalhar dentro de uma perspectiva em que a influência de subjetivações “superiores” possa ser rompida e ressignificada a partir de referenciais próprios, não sendo meras reproduções da ideologia “dominante” (SOARES, 2003, p. 337).

Algumas questões apontadas por Bock (1999), que estavam em debate no início dos anos 90, ainda são formuladas por vários profissionais cotidianamente: que tipo de atendimento os psicólogos devem promover? Como abandonar práticas elitistas e colocar a Psicologia ao alcance da maioria da população? Que população é esta? Que homem é este, brasileiro, pobre, com péssimas condições de vida e trabalho? Como nosso trabalho pode contribuir para a melhoria das condições de vida?

Apesar de todo esse avanço, essa realidade ainda se mostra distante da maioria dos profissionais da Psicologia. Uma parte significativa dos psicólogos continua atuando na área clínica tradicional, pautada no modelo bio-médico de cura, doença e diagnóstico, desvinculada dos movimentos sociais, das lutas da profissão e da realidade social, que não só influencia, mas constitui e transforma as demandas e as subjetividades.

Sobre isso, Mello (1978) já afirmava há três décadas:

Quando se aceita ou se repudia o modelo médico da *doença mental* não é apenas mais um item de conhecimento científico que está em discussão, mas é um juízo que se formula sobre a sociedade. Quando um psicólogo afirma que faz *modificação de comportamento*, a sociedade não pode ser deixada do lado de fora da porta do consultório, bem como os psicoterapeutas, concentrados somente na *liberação da personalidade* do cliente, não podem mais navegar, sem atribuições de consciência, no mar da neutralidade. Também não é sem sobressaltos que o psicólogo treina em *relações humanas* os executivos das empresas, ou faz a orientação profissional dos jovens da escola secundária. Tudo se passa como se o reduto da *técnica pura* tivesse sido invadido por considerações inoportunas e alheias à técnica, mas que constituem, paradoxalmente, seu mais importante significado (p. 98).

Mello (1978) ressalta, por fim, que a Psicologia ao se constituir como ciência deve beneficiar a todos como um instrumento de modificação social e não como uma técnica para solucionar problemas íntimos de pessoas privilegiadas economicamente.

Essa preocupação apontada por Mello (1978) é compartilhada por alguns psicólogos que atuam nas Unidades de Saúde e que foram entrevistados para a presente pesquisa. Nas suas falas eles deixam transparecer análises sobre a eficácia do próprio trabalho, questionamentos sobre as formas de atuação e problematizam algumas relações que ali se estabelecem, tanto entre o serviço de Psicologia e os usuários como entre esse serviço e os demais profissionais da saúde. Também tratam da importância do contexto social no desenvolvimento do homem e do trabalho diferenciado do Psicólogo dentro da Unidade. Entretanto, esses questionamentos nem sempre levam a um avanço da prática, que continua seguindo, em parte, os moldes tradicionais, talvez porque esse seja o molde aprendido durante a formação, talvez pela cobrança cotidiana para que eles se encaixem nesse molde e desse jeito apresentem resolutividade e produtividade. Constatação esta já apresentada por Bock (1999) em sua pesquisa realizada no final da década de 1990:

Mas, na prática, os psicólogos não sabem como injetar realidade em seus métodos e suas formas de trabalho; na prática, o homem continua sendo visto de forma isolada e descolada da realidade social. A cidadania é eixo das preocupações, mas os psicólogos pouco se engajam em projetos coletivos que visem à melhoria de vida em nossa sociedade. Criticam-se a prática clínica, o modelo médico, o elitismo da profissão, seus métodos e técnicas e sua inserção na sociedade, mas os psicólogos são, em sua maioria, autônomos, que trabalham até 20 horas semanais, que atendem em consultórios particulares uma clientela que tem poder aquisitivo alto. Procura-se definir conceitos, buscar uma identidade para a categoria, mas se carece de densidade teórica. Os psicólogos propõem-se a repensar as entidades e abrem espaços democráticos para isso, mas essa luta tem pouca repercussão na categoria como um todo (1999, p. 155).

Traçada um pouco essa história da Psicologia no Brasil, desde seu surgimento como saber oficial até os dias atuais, cabe aqui caracterizar os psicólogos entrevistados e contextualizá-los, em parte, nessa história, buscando compreender quem são, como compreendem a formação que tiveram, qual o seu percurso acadêmico e como ocorreu sua aproximação com a área da saúde, entre outros dados. Essa

caracterização inicial torna-se fundamental para compreender um pouco sobre o que esses profissionais entendem por saúde e doença e para tentar compreender suas práticas nas Unidades de Saúde.

Para tanto, nesse percurso inicial em que se começa a exposição dos dados coletados, algumas tabelas serão mostradas, juntamente com análises breves acerca delas.

A Tabela 1 mostra onde e quando os psicólogos entrevistados concluíram sua graduação, com o propósito de apresentar um perfil destes profissionais.

Tabela 1 - Em que ano concluíram a graduação; em que instituição se formaram; opinião que eles têm a respeito da base que a formação que receberam na graduação forneceu para trabalhar na área da saúde pública.

| | | | | |
|-----------|------------|------|--------------------|-----------------------------|
| Cariacica | Sujeito 1 | 1993 | UFES ² | A formação deu base |
| | Sujeito 2 | 2002 | UFES | Não respondeu ³⁴ |
| | Sujeito 3 | 1988 | UFES | A formação deu base |
| | Sujeito 4 | 1989 | UFES | A formação deu base |
| | Sujeito 5 | 2000 | UFES | A formação deu base |
| | Sujeito 6 | 2002 | ESRJ ⁴² | A formação não deu base |
| | Sujeito 7 | 2004 | UFAL ³ | A formação não deu base |
| Serra | Sujeito 8 | 1999 | UFES | A formação não deu base |
| | Sujeito 9 | 1986 | UFES | Não respondeu ⁴ |
| | Sujeito 10 | 1986 | UFES | A formação não deu base |
| | Sujeito 11 | 1988 | UFES | A formação não deu base |
| | Sujeito 12 | 2001 | UFES | A formação deu base |
| | Sujeito 13 | 1989 | UFES | A formação não deu base |
| | Sujeito 14 | 1997 | UFES | A formação não deu base |
| | Sujeito 15 | 1990 | UFES | A formação não deu base |
| | Sujeito 16 | 1987 | UFES | Não respondeu ⁴ |
| | Sujeito 17 | 1986 | UFES | A formação deu base |
| | Sujeito 18 | 1986 | UFES | A formação não deu base |

A diferença entre os anos em que os sujeitos concluíram a graduação não foi considerada como um fator relevante nessa pesquisa, pois os atravessamentos que eles contam, ao longo de suas narrativas, são de um ensino a-histórico e a-temporal,

² UFES – Universidade Federal do Espírito Santo;

² ESRJ – Estácio de Sá do Rio de Janeiro;

⁴ UFAL – Universidade Federal de Alagoas;

⁴ Ao ser perguntado sobre a formação, não respondeu de modo objetivo, falando sobre outros assuntos.

que objetivada ensinar linhas teóricas e práticas compartilhadas pela comunidade psicológica, mas paralisadas. Vários fatores podem ser tomados como indícios para explicar essa visão da Psicologia, como por exemplo, o fato da psicologia e de seu saber tentar alcançar uma sistematização e um status que poderia ser dificultado se colocado contra uma visão tradicional de ciência que repugnava constantes mudanças – fator que merece ser melhor investigado.

Como aponta Silva (2003), sobre a formação em diferentes gerações

Isso produz um tipo de compartilhamento da experiência de construção social da profissão, como algo marcado por certas “dificuldades”, que, ainda que diferenciada geracionalmente, mantém linhas de comunicação, quase simultâneas, entre os pioneiros e os últimos recém-ingressados na profissão. Situação ímpar para uma investigação histórica, pois, efetivamente, todos os seus integrantes são, de algum modo, agentes que participam ainda dos esforços de instituição e institucionalização da profissão como uma realidade social (p. 21).

Apesar da presente pesquisa não ter como objetivo principal discutir a formação acadêmica, foi incluída no instrumento de pesquisa (anexo 2) uma questão sobre a base fornecida pela academia para o trabalho na área da saúde. Seis pessoas afirmaram que a formação deu base suficiente para esse tipo de trabalho. Alguns disseram que “a graduação apresenta uma série de possibilidades e só dá uma base, o resto a pessoa tem que estudar e se aprofundar depois” (sujeito 3 e 17); outro argumentou que “deu base porque não dá pra dizer que aprendi tudo sozinha” (sujeito 4); e outro disse que “a base foi boa porque dentro da universidade, procurei” (sujeito 5).

Entre os nove sujeitos que afirmaram que a formação não deu base para trabalhar na área da saúde, alguns justificaram sua resposta apontando que “a formação é muito teórica” (sujeito 6 e 15), “a formação contemplava principalmente a psicanálise” (sujeito 11), e “a formação é voltada para uma clínica estéril” (sujeito 8), o que indica a impossibilidade de aplicar na prática o que foi aprendido teoricamente na academia.

A relação entre teoria e prática não foi investigada mais profundamente nas entrevistas; quatro pessoas, entretanto, explicitaram a dificuldade de conciliar a

teoria com a prática. Essas falas são muito representativas, pois aparecem fragmentadas no discurso de vários outros entrevistados.

(...) E a prática é totalmente diferente das teorias. Às vezes você usa a teoria como base, usa a teoria como suporte, mas, na prática, na prática, você está sozinha. (...) Na prática o que você faz é efetivo, é direto. Eu acho que as pessoas que estão nas instituições estão preocupadas com esses documentos, que fazem volume, que parece que se trabalha, mas.. quem está trabalhando sabe que não é por aí, não tem estímulo. Acaba sem motivação para escrever qualquer artigo porque é menos científico. E é porque no dia-a-dia você tem que resolver outros problemas que são cruciais, que são reais. Que são dores mesmo, é sofrimento (Sujeito 1).

Os sujeitos 6, 8 e 15 também fizeram afirmações semelhantes sobre esse distanciamento, pontuando que não há como aplicar no trabalho grande parte do conhecimento teórico.

Um indício de que essa separação entre teoria e prática também é sentida pelos outros profissionais é que, dos 18 entrevistados, 17 fizeram uma ou mais pós-graduações e/ou outros tipos de formação após concluírem a graduação, sendo que esses cursos têm um caráter mais pragmático – o que pôde ser apreendido ao longo das entrevistas – como será mostrado na Tabela 7 (p. 70).

Em pesquisa realizada no início da década de 1970 com os psicólogos de São Paulo, Mello (1978), inclusive, ressalta a preocupação dos cursos universitários, desde seu surgimento, em sistematizar teoria e pesquisa, sem dar ênfase à aplicação prática desses conhecimentos. Isso deslocou para fora do ensino superior a formação mais prática, que passou a acontecer em instituições que deram uma importante contribuição para a instauração da Psicologia aplicada no país, por possuírem um cunho mais pragmático

Percebe-se que a Psicologia se constituiu, portanto, como possuidora de dois campos de saber separados: o primeiro, acadêmico e principalmente teórico; e o segundo, que é prático e sobretudo técnico. Essa separação, apontada pelos psicólogos entrevistados, cria um descompasso entre as ações do profissional e o embasamento teórico que deveria sustentar essas ações.

Apesar de haver inúmeras discussões que afirmam a indissociabilidade da teoria e da prática e que questionam esse tipo formação dissociada, em nível de graduação

e também de pós-graduação, os psicólogos dão indícios de que essa separação ainda prevalece e prejudica a atuação profissional. A formação deveria possibilitar o trabalho não só na saúde, mas em qualquer área, uma vez que deveria dar condições para que os psicólogos elaborassem seu próprio trabalho e atuassem de forma crítica, se comprometendo com a realidade à sua volta, ao invés de apenas fazer uso de instrumentos e teorias elaborados alhures. Como exemplo desse tipo de situação, pode-se citar o caso de clínicas que contratam psicólogos e estagiários apenas como técnicos para aplicar e corrigir testes e elaborar laudos, o que resulta em uma atuação profissional limitada.

A dissociação entre a teoria e a prática transforma a primeira, segundo Paulo Freire (2007), em palavra oca, vazia, em verbalismo. A prática, sozinha, é mera técnica. Dessa forma, ele mostra a impossibilidade de separar ambas ao afirmar que

De teoria, na verdade, precisamos nós. Da teoria que implica numa inserção na realidade, num contato analítico com o existente, para comprová-lo, para vivê-lo e vivê-lo plenamente, praticamente (p. 103).

Por fim, ele pontua que a educação se esvazia nas manifestações ostensivamente palavrescas e de fórmulas dadas para serem guardadas.

Os profissionais “da ponta” – expressão usada por vários entrevistados para se designarem, por serem os responsáveis pelo trabalho direto com o público, atendendo a clientela e executando projetos – pouco contato têm com os profissionais responsáveis por “pensar” e debater as teorias. Esse segundo grupo de profissionais geralmente está situado dentro de universidades, o que gera um distanciamento entre o que é produzido e publicado pela academia e as ações dos que trabalham “na ponta”.

Esse distanciamento fica evidenciado quando Bock (1999, 2001) mostra, por meio de análise de revistas e outras publicações especializadas em Psicologia, uma grande mudança no que é considerado fenômeno psicológico, no sentido de uma maior contribuição social do psicólogo. Essa mudança, entretanto, ocorre principalmente no meio acadêmico – onde se situam, majoritariamente, as pessoas que escrevem, publicam, têm acesso a esse material e que participam de discussões e eventos na área. Há, portanto, um grande número de profissionais à

parte dessas mudanças ou que só tem contato com elas e as incorporam de modo superficial. Imersos em uma rotina intensa de trabalho, os profissionais entrevistados raramente participam de eventos científicos.

Ao interrogar os psicólogos das Unidades de Saúde sobre o tipo de evento que eles participaram, quatro pessoas (Sujeito 1, 5, 6 e 7) afirmaram participar das atividades promovidas pelo Conselho Regional de Psicologia do Espírito Santo (CRP/ES) e fizeram referência a um único encontro sobre a inserção do psicólogo na saúde pública, ocorrido na UFES, em julho de 2008. Três entrevistados afirmaram participar de eventos promovidos por associações científicas e escolas psicológicas, como a Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso) (S16), a Escola de Psicanálise (S17) e a Escola de Psicodrama (S16), sendo que estes três foram categorizados como “outros eventos em Psicologia”.⁵

Tabela 2 - Tipo de Evento que os Psicólogos participam e frequência da participação

| | | Eventos Promovidos pelo CRP/ES | Outros eventos em Psicologia | Eventos junto aos CAPs e Hospitais | Fórum Estadual de Saúde Mental | Fórum de Álcool e Drogas/ Transtornos Alimentares | Eventos/cursos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde |
|-----------|--------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|--|
| CARIACICA | Suj. 1 | X | | | | | |
| | Suj. 2 | | | | | | X |
| | Suj. 3 | | | X | | | X |
| | Suj. 4 | | | | X | | |
| | Suj. 5 | X | | | | | |
| | Suj. 6 | X | | | | | X |
| | Suj. 7 | X | | | | | |
| SERRA | Suj. 8 | | | | X | X | X |
| | Suj. 9 | | | | X | | X |
| | Suj. 10 | | | | X | | |
| | Suj. 11 | | | | X | | X |
| | Suj. 12 | | | | X | | |
| | Suj. 13 | | | | | | X |
| | Suj. 14 | | | | | | |
| | Suj. 15 | | | | | | |
| | Suj. 16 | | X | | | | |
| | Suj. 17 | | X | | X | | |
| | Suj. 18 | | | | | X | X |
| | Total | 4 | 2 | 1 | 7 | 2 | 8 |

⁵ Tanto os eventos promovidos pelo CRP quanto por outras instituições científicas são eventos próprios da área. Entretanto, foram separados em duas categorias somente para dar mais visibilidade ao tipo de evento que os psicólogos das Unidades de Saúde participam.

A maioria dos psicólogos participa unicamente de eventos e fóruns promovidos pela Prefeitura e pelo Estado.

A raridade da participação em eventos da própria área de formação pode ser explicada pela alta carga horária de trabalho, pelos inúmeros vínculos profissionais mantidos concomitantemente e pelo fato de vários profissionais afirmarem que a prefeitura só abona a falta do trabalho para a participação em eventos promovidos pelo próprio Poder Executivo municipal e pelo Estado. Outras assertivas aparecem nas falas dos profissionais: “não ficam sabendo do evento”, ou “tomam conhecimento em cima da hora” (sujeitos 1, 2, 5 e 17), “trabalham em dois locais e por isso não conseguem tempo para participar” (sujeitos 2, 4 e 12) e “possuem muito trabalho na Unidade, não conseguindo desmarcar com os pacientes” (sujeitos 4, 5, 7, 11 e 17).

Portanto, torna-se importante notar que independentemente dos sujeitos que afirmaram que a Prefeitura apóia ou não a participação nos eventos, a maioria não participa ou participa esporadicamente.

Tabela 3 - Freqüência com que os psicólogos dizem participar dos eventos e apoio da Prefeitura para participar

| | | Freqüência | Apoio |
|------------------|------------|--|--|
| Cariacica | Sujeito 1 | Não tem participado | Não libera do trabalho para participar |
| | Sujeito 2 | Participa poucas vezes | Libera do trabalho para participar |
| | Sujeito 3 | Participa poucas vezes | Não sabe falar sobre isso |
| | Sujeito 4 | Não tem participado | Libera para fóruns promovidos pela secretaria municipal ou estadual de saúde somente |
| | Sujeito 5 | Participa poucas vezes | Libera para fóruns promovidos pela secretaria municipal de saúde somente |
| | Sujeito 6 | Não tem participado | Libera do trabalho para participar |
| | Sujeito 7 | Não tem participado | Não sabe falar sobre isso |
| Serra | Sujeito 8 | Participa com bastante freqüência ⁶ | Libera para fóruns promovidos pela secretaria municipal de saúde somente |
| | Sujeito 9 | Participa poucas vezes | Libera do trabalho para participar |
| | Sujeito 10 | Não tem participado | Não sabe falar sobre isso |
| | Sujeito 11 | Não tem participado | Libera para fóruns promovidos pela secretaria municipal de saúde somente |
| | Sujeito 12 | Não tem participado | Libera para fóruns promovidos pela secretaria municipal de saúde somente |
| | Sujeito 13 | Participa poucas vezes | Libera do trabalho para participar |
| | Sujeito 14 | Não tem participado | Não sabe falar sobre isso |
| | Sujeito 15 | Não tem participado | Libera para fóruns promovidos pela secretaria municipal de saúde somente |
| | Sujeito 16 | Participa com bastante freqüência | Não sabe falar sobre isso |
| | Sujeito 17 | Participa poucas vezes | Libera do trabalho para participar |
| | Sujeito 18 | Participa com bastante freqüência | Libera do trabalho para participar |

Esses dados indicam a dissociação que foi mencionada entre o que é debatido nos meios acadêmicos e o que chega aos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde. Ao terminar o curso superior, os profissionais se afastam dos eventos, dos fóruns e de suas entidades representativas. E são nesses espaços que são debatidos assuntos importantes para a profissão, como a necessidade de uma nova imagem para o psicólogo, as constantes críticas e revisões teóricas/práticas, a ampliação da inserção social desse profissional, os possíveis comprometimentos e alianças que deveriam ser questionados, enfim, as construções e reconstruções da área.

⁶ Apesar de afirmar participar com bastante freqüência, quando questionado qual o último evento que participou, fala que foi há dois anos, o que pode não caracterizar uma participação freqüente.

Ou seja, como aponta Silva (2003), existe uma voz oficial (representada pelas corporações de Psicólogos e seus eventos) que busca, ao seu modo, superar essa fragmentação das individualidades, “encarnando o projeto de fazer do imenso conglomerado de psicólogos individuais, cada qual com sua escola e com sua identidade, uma corporação”. Entretanto, como se pode ver representados pelos dados dessa pesquisa, isso ainda é um projeto um tanto distante de se tornar real. Não se pode negar, entretanto, das vozes que “não são ouvidas” porque não se pronunciam pelos meios oficiais, e nem por isso são menos importantes. São vozes que constroem um conhecimento cotidiano que vai criando raízes e se firmando como a forma possível, ainda que não ideal, de se fazer psicologia e de sobreviver enquanto um profissional dessa área (inclusive em um sentido financeiro).

Os psicólogos entrevistados muitas vezes se isolam no seu ambiente de trabalho e muitas vezes não têm contato nem mesmo com os outros psicólogos da mesma Unidade de Saúde, como acontece na cidade de Cariacica/ES. Utilizam os recursos e técnicas que aprenderam na formação e/ou na pós-graduação e repetem, na maioria dos casos, a mesma prática através dos tempos, como se a realidade não estivesse em constante mudança e/ou como se a linha teórica e as técnicas utilizadas fossem perenes. São, em geral, profissionais técnicos, provavelmente porque se tornaram técnicos ao longo da formação.

Uma das explicações, apontadas por Silva (2003), é que

percebemos a ‘ideologia profissional’ como uma esfera do pensamento socialmente compartilhado, na qual um grupo de agentes compartilha um conjunto de referências sobre as quais não exercem críticas severas. Seja porque as idéias têm algo de precedência, lhes parecem adequadas, explicativas ou são esteticamente confortável. Enfim, idéias ‘boas para se pensar’, na medida em que as mesmas são bastante eficientes no sentido de oferecer garantias as suas identidades e ao seu pertencimento a um determinado mundo profissional, ao qual essas idéias têm um certo poder de explicar e organizar.

Entretanto, ao ler essa crítica deve-se ter cuidado de não individualizá-la e responsabilizar os psicólogos (entrevistados ou não entrevistados, mas que se reconheceriam no que está sendo dito). Essa crítica remete à formação, que coloca essas idéias como universais, naturalizando-as durante cinco anos de curso e retirando a maior parte das possibilidades de criticidade. Aprendemos a reproduzir

desde novos e é difícil pensar algo diferente, ou inventar, comoalaria Virgínia Kastrup (1999) (o que nos remete ao clássico filme Tempos Modernos, de Charles Chaplin). É difícil sair desse campo acrítico, e mesmo quando saímos um pouco somos o tempo inteiro recapturados por ele (uma vez que o que nos dão para consumir, cotidianamente, é esse conjunto de referências prontas). Alguns movimentos, que tentaram romper com essa pactuação, ou passarão por constantes tentativas de massacres ou vão seguir por vias “invisíveis”, micropolíticas, que podem nem ser entendidos como pertencentes à Psicologia.

Dados de uma pesquisa feita entre 1985 e 1987 pelo Conselho Federal de Psicologia (1988) para mapear quem são e o que fazem os psicólogos brasileiros mostram que mais de 50% dos entrevistados, no que se refere à fundamentação filosófica, metodológica e científica, afirmaram ter adquirido conhecimentos e habilidades insuficientes durante a graduação. Por outro lado, quase 50% dos entrevistados afirmaram ter adquirido suficiente conhecimento e domínio em técnicas de observação de comportamento, em testes psicológicos e em técnicas de entrevista, e conhecimentos suficientes para a prática de Psicologia Clínica.

Ainda que essa pesquisa tenha sido publicada há mais de vinte anos, seus dados e análises ainda se mostram pertinentes à realidade atual. Ela indica que a formação do aluno na academia não o leva a discutir e elaborar um conceito ampliado sobre a Psicologia e as diversas possibilidades de atuação. É uma formação técnica na qual os estudantes, após terminarem a graduação, buscam clientes para aplicar o que foi transmitido, repetindo o conhecimento, ao invés de construí-lo (GOMIDE, 1988)⁷.

Ainda sobre a formação, Antunes (2004) afirma:

⁷ Pesquisa feita pela Seção Espírito Santo (ES) do Conselho Regional de Psicologia 4^o Região, (atualmente o ES possui um Conselho próprio, que passou a configurar a 16^o região), entre 2000 e 2001, em parceria com a UFES e a FAESA, com todos os psicólogos atuantes no Estado, aponta que 21,7% dos entrevistados consideram que a formação teórica da graduação foi excelente; 66,4%, que foi boa; 11,4%, que foi regular; 0,2%, que foi ruim; 0,1%, que foi péssima; 0,5% não respondeu. Sobre a formação prática da graduação, 28% afirmam que foi excelente; 51,8% que foi boa; 16,1% que foi regular; 3,2% que foi ruim; 0,7% que foi péssima; 0,2% não respondeu. Apesar da importância desses dados, eles não podem ser usados para comparação, pois, quando se analisa outros resultados da mesma pesquisa, percebe-se que a maioria dos psicólogos (72,1%) estão atuando na área clínica, organizacional, escolar ou de ensino e pesquisa, enquanto nessa qualificação, foi questionado se a formação acadêmica deu base para trabalhar na área da saúde – área que requer uma atuação diferenciada das demais. Além disso, essa pesquisa feita pelo CRP não especifica o que eles consideram como sendo uma excelente base, uma boa base, e daí por diante, de modo que não é possível comparar com a pesquisa feita pelo CFP em 1988, que discrimina as habilidades e conhecimentos que eles dizem ter adquirido durante a graduação.

(...) deve-se sublinhar a importância da formação do psicólogo, que, se se furtar a uma sólida e ampla base teórica em Psicologia, fundamentalmente articulada às áreas afins, assim como a absoluta necessidade de articulação com a realidade social e prática, pouco se avançará nesse processo já iniciado de construção de uma Psicologia capaz de compreender o fenômeno psicológico em sua complexidade e pluralidade e sobre ele intervir efetivamente (pg. 149).

A partir das entrevistas com os psicólogos das Unidades de Saúde, foi feito um levantamento sobre as áreas que eles atuaram depois que se formaram (Tabela 4, p. 63) e em que áreas continuam atuando concomitantemente ao trabalho da Unidade (Tabela 5, p. 65). Quinze dos dezoito sujeitos tiveram experiência na área clínica em sua trajetória profissional e desses, doze ainda mantêm essa atividade.

Tabela 4 - Trajetória Profissional dos sujeitos após concluírem a formação (sem considerar os trabalhos atuais):

| | | Área Organizacional | Área Clínica | Clínica Psiquiátrica | Hospitais | Programas Sociais do Governo ⁸ | Instituições que atendem pessoas portadoras de necessidades especiais ⁹ | Instituições ligadas à Segurança Pública ¹⁰ | Ações da Igreja Católica ¹¹ |
|-----------|--------------|---------------------|--------------|----------------------|-----------|---|--|--|--|
| CARIACICA | Suj. 1 | X | X | | | | X | | X |
| | Suj. 2 | | | X | | | | X | |
| | Suj. 3 | | X | | X | X | | | X |
| | Suj. 4 | X | | | | X | | | |
| | Suj. 5 | | X | | | | X | | |
| | Suj. 6 | | X | X | | X | | | |
| | Suj. 7 | | X | | | | | | |
| SERRA | Suj. 8 | | X | | | X | | X | |
| | Suj. 9 | | | | X | X | | | |
| | Suj. 10 | | X | | | X | | | |
| | Suj. 11 | X | X | | | | | | |
| | Suj. 12 | | X | X | X | X | | | X |
| | Suj. 13 | | X | | | X | | | |
| | Suj. 14 | | X | X | | | | | |
| | Suj. 15 | X | X | | | X | | | |
| | Suj. 16 | | X | | | | | | |
| | Suj. 17 | | X | | X | | X | X | |
| | Suj. 18 | | X | | X | | | | |
| | Total | 4 | 15 | 4 | 5 | 9 | 3 | 3 | 3 |

⁸ Entre os Programas Sociais do Governo, foram citados: Atendimento a mulheres vítimas de violência, Abrigos de crianças vítimas de violência, Centro de Referência da Juventude, Programa DST/AIDS, Secretaria de Ação Social, Centro de Referência a Assistência Social, Atendimento Clínico em Prefeitura, Programa de Adolescente Aprendiz.

⁹ Entre as Instituições que atendem pessoas portadoras de necessidades especiais, foram citados: Pestalozzi, Instituição de Cegos, APAE.

¹⁰ Entre as Instituições ligadas à Segurança Pública, foram citados: Unidade de Internação Provisória (UNIP), Vara da Infância e Juventude, Juizado Especial Criminal.

¹¹ Entre as Ações da Igreja Católica, foram citados: Pastoral da Saúde, Pastoral da Família.

É possível visualizar que as entrevistas com os psicólogos das Unidades de Saúde corroboram os dados que já apontavam para a ampliação da atuação em outros campos de trabalho. A própria área da saúde era uma área que contava com poucos psicólogos e, atualmente, tornou-se uma das áreas sociais que mais absorve o trabalho desses profissionais, juntamente com a da assistência social.

Alguns fatores podem ser levados em conta na tentativa de compreender essa ampliação de atuações para além da área clínica: apesar de um grande número de psicólogos ter interesse, ela não absorve todos os profissionais; outras áreas oferecem perspectiva de trabalho com carteira assinada, o que dá mais garantias para o trabalhador; e o enorme número de concursos que tem requisitado esse profissional, oferecendo estabilidade e contemplando plano de cargos e salários vantajosos.

Por fim, essa ampliação de novos campos também pode ser um indicativo de mudanças, tanto na formação quanto no envolvimento do psicólogo com outras áreas que se comprometam mais com a população e com as questões sociais. Tantos profissionais (treze de dezoito) terem trabalhado em Programas Sociais do Governo, Instituições que atendem pessoas portadoras de necessidades especiais e Instituições ligadas à Segurança Pública pode ser um indício disso.

Ainda convém assinalar, analisando a Tabela 4 (p. 63), que a riqueza de experiências profissionais dos entrevistados pode ter sido promovida pela busca de conhecimento e atuação em áreas diversificadas. Todavia, ela também pode ser indício de falta de estabilidade profissional.

Uma questão que pode estar interligada à busca por estabilidade financeira e à precarização do trabalho é a quantidade de empregos que os psicólogos têm atualmente.

Desde o início da década de 1970, em São Paulo, a maioria dos profissionais já exerciam mais de uma atividade ao mesmo tempo, o que pode ser constatado pelo fato de um total de 158 profissionais relatarem 256 empregos, o que indica dupla ou tripla jornada por parte de vários profissionais (MELLO, 1978).

No final da década de 1980, 1862 psicólogos relataram 3627 empregos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1988). Nas Unidades de Saúde, como pode ser visto na Tabela 5, somente dois psicólogos não possuem outro emprego além do atual.

Tabela 5 - Quais são os empregos que possuem além do trabalho na Unidade de Saúde

| | | |
|-----------|------------|---|
| Cariacica | Sujeito 1 | Consultório Particular; Área Organizacional |
| | Sujeito 2 | Clínica Psiquiátrica |
| | Sujeito 3 | Clínica Particular |
| | Sujeito 4 | Centro de Referência da Juventude |
| | Sujeito 5 | Consultório Particular; APAE |
| | Sujeito 6 | Consultório Particular; Programa DST/AIDS |
| | Sujeito 7 | Não possui outro emprego |
| Serra | Sujeito 8 | Vara da Infância e Juventude |
| | Sujeito 9 | Hospital |
| | Sujeito 10 | Clínica Particular; Secretaria de Ação Social |
| | Sujeito 11 | Consultório Particular |
| | Sujeito 12 | Consultório Particular |
| | Sujeito 13 | Consultório Particular |
| | Sujeito 14 | Consultório Particular |
| | Sujeito 15 | Consultório Particular |
| | Sujeito 16 | Consultório Particular; Clínica Particular |
| | Sujeito 17 | Clínica Particular |
| | Sujeito 18 | Não possui outro emprego |

O baixo salário recebido pela maioria dos psicólogos é a principal razão que os leva a ter mais de um emprego, como foi relatado por eles em diversos momentos das entrevistas. Muitas vezes são dois empregos em municípios diferentes e ambos com carga horária elevada, o que indica sobrecarga de trabalho.

Diante dessa situação, ter o consultório particular como segundo emprego é uma opção que se torna interessante, pois permite horários flexíveis e certa autonomia no trabalho. Contudo, não se pode deixar de pontuar que a escolha de vários pelo consultório pode estar atravessada pela visão deste espaço como o de atuação tradicional do psicólogo e pelo status social que esse trabalho clínico confere.

D'Amorim (1988) aponta que o psicólogo não só é visto pela classe profissional e pela população como um profissional da área clínica, como ele próprio se identifica com isso

e, mesmo que ele tenha mais de uma profissão, e que a clínica seja a que menos ocupe o seu tempo de trabalho, ele a considera como a profissão principal.

Isso aponta para um ideal de psicólogo que a maioria dos alunos procura alcançar durante a formação e perpetuar durante a carreira profissional. Mello (1978) analisou essa questão há décadas e entendeu que

Os cursos não apenas formam psicólogos clínicos, mas transformam os alunos, graças ao conteúdo predominante das disciplinas, em psicólogos clínicos (p. 60).

É uma identidade que é reafirmada constantemente e que leva a população a demandar por atendimento individual – nos moldes da clínica particular, mesmo estando em uma Unidade de Saúde Pública – e a recusar outros tipos de atendimentos e trabalhos psicológicos, (grupos ou oficinas terapêuticas, por exemplo), como apontam as entrevistas. Contudo, os psicólogos não percebem que essa representação do psicólogo e de suas atividades é uma construção social, atribuindo, em grande parte, essa recusa a fatores individuais – fato que será discutido no próximo capítulo.

A aspiração de atuar na clínica se encontra como um dos motivos pelos quais vários psicólogos afirmam ter ido trabalhar na área da Saúde (Tabela 6).

Tabela 6 - Porque foram trabalhar na área da Saúde

| | | |
|-----------|------------|--|
| Cariacica | Sujeito 1 | Trabalhava como voluntário na Pastoral da Saúde fazendo atendimentos individuais. Quando o espaço da Pastoral, em parceria com a Prefeitura, virou Unidade de Saúde, foi contratado. |
| | Sujeito 2 | Desde que entrou no curso de Psicologia, queria trabalhar na área da Saúde Mental. Trabalhou em outra área por falta de opção. |
| | Sujeito 3 | Durante a graduação e depois de formado, sempre trabalhou na área da Saúde. Entretanto, quando veio trabalhar na Unidade de Saúde, estava em busca de emprego fixo. |
| | Sujeito 4 | Somente após muitos anos trabalhando na área organizacional, se sentiu pronto para <u>clínica</u> , definindo sua inserção na saúde como 'inesperada'. |
| | Sujeito 5 | Durante o curso de Psicologia, trabalhou em hospitais e manicômio judiciário, estando sempre inserido na área da saúde. |
| | Sujeito 6 | Gosta da área e trabalha nela desde que se formou. |
| | Sujeito 7 | Durante a graduação, escolheu estagiar na área da Saúde (hospital e <u>clínica</u>). |
| Serra | Sujeito 8 | Nunca tinha atuado na área da saúde, mas passou no concurso da Prefeitura e está atuando na <u>clínica</u> . |
| | Sujeito 9 | Trabalhava na Ação Social no município da Serra. Por estar insatisfeita com o trabalho, pediu transferência para a Saúde. |
| | Sujeito 10 | Escolheu trabalhar com a saúde por gostar muito da área <u>clínica</u> . |
| | Sujeito 11 | Nunca se interessou pela <u>clínica</u> , mas passou no concurso da Prefeitura e por isso foi trabalhar na Saúde. |
| | Sujeito 12 | Não trabalha na saúde por escolha, e sim porque passou no concurso da Prefeitura. |
| | Sujeito 13 | Sempre trabalhou na área da saúde, pois desde a graduação tem afinidade com a <u>clínica</u> . |
| | Sujeito 14 | Sempre quis trabalhar com psicose e transtornos graves. |
| | Sujeito 15 | Se identificou, desde a graduação, com as questões da Saúde e queria muito trabalhar em um serviço público. |
| | Sujeito 16 | Desde que se formou trabalha na área da saúde, pois sempre atendeu em <u>consultório</u> ou <u>clínica particular</u> . |
| | Sujeito 17 | Trabalhou em hospitais e gosta de trabalhar na área da Saúde porque gosta da área <u>clínica</u> . |
| | Sujeito 18 | Sempre trabalhou na área da saúde, em hospitais. |

É interessante notar que oito entrevistados foram trabalhar na saúde por terem afinidade com a área clínica. Cabe aqui, portanto, uma definição sobre essa área, uma vez que ela é confundida constantemente com o local de trabalho.

De acordo com Mello (1978), as atividades de Psicologia clínica, tradicionalmente falando, são todas as atividades de diagnóstico e de terapia dos psicólogos quando realizadas em clínicas ou consultórios particulares, hospitais, serviços públicos e assistenciais. Pasquali (1988) define a clínica como a prática psicoterápica decorrente da atividade privativa de “solução dos problemas de ajustamento”, independentemente da área teórica.

Definir a clínica psicológica tradicional é pensar um modelo clínico que se aproxima do modelo médico em demasia, e segue critérios como: atividades de psicodiagnóstico e/ou terapia individual ou grupal; atividade exercida em consultórios particulares, restrita a uma clientela proveniente de segmentos sociais mais abastados; atividade exercida de forma autônoma, com profissionais liberais, não inserida no contexto dos serviços de saúde; trabalho que se apóia em um enfoque intra-individual, com ênfase nos processos psicológicos e psicopatológicos e centrado em um indivíduo abstrato e a-histórico; e hegemonia do modelo médico, aqui traduzido na aceitação da autoridade do profissional na relação com o paciente, não questionando o saber e a prática a partir de relações do paciente (BIANCO et al, 1994).

É uma percepção do homem a partir de uma idéia de normalidade e passível de ajustes, que tem como base uma visão liberal na qual esse homem é concebido como tendo uma natureza humana, com seu desenvolvimento previsto pelas próprias condições naturais de homem – e vindo o meio social a facilitar ou dificultar tal desenvolvimento. É visto como um homem livre dotado de potencialidades e o seu fenômeno psicológico pertence ao mundo interno, privado, íntimo. É uma visão centrada na idéia de doença e cura, servindo a prática psicológica para a correção ou tratamento dos distúrbios que podem atrapalhar o curso natural do desenvolvimento (BOCK, 1999).

Mello (1978) corrobora essa crítica sobre as conseqüências da atuação psicológica baseada nessa concepção de homem natural e a-histórico:

Ao definirmos o campo de atuação do psicólogo clínico, segundo o modelo de doença mental, deixamos de considerar *as forças desumanizadoras da sociedade que agem sobre o indivíduo* e, em conseqüência, procuramos as causas das doenças em agentes internos e não nos agentes externos do ambiente social (MELLO, 78).

A atuação clínica, pautada nessa visão, é um modelo excludente, pois restrito a pequena parte da população que pode pagar pelos seus serviços, sem adequar sua teoria/prática às realidades locais, pouco podendo contribuir para superar os problemas sociais (PASQUALI, 1988).

Alguns autores, como por exemplo, Bianco et al, (1994) têm apontado para uma expansão desse sentido tradicional da clínica, que passou a inserir o contexto social como constitutivo do próprio sujeito, e não apenas como influência. O trabalho clínico, então, busca um sentido mais amplo no qual a trajetória do indivíduo é contextualizada, havendo a busca do compromisso ético.

Essa nova atuação clínica sai do consultório, podendo acontecer em qualquer lugar, como nas próprias comunidades, havendo a modificação desse sujeito que até então era a-histórico para um sujeito atravessado por aspectos históricos, políticos, econômicos e culturais, que compõe o contexto brasileiro (BIANCO et al, 1994).

Desenvolvem-se, portanto, outras formas de atuação que não buscam o modelo biomédico como padrão a ser seguido pelos psicólogos, o que propicia novos comprometimentos e inserções sociais por parte da Psicologia, como aponta Bock (2001):

Similarmente, recusando o modelo médico centrado numa noção de clínica que isola o indivíduo, descolando-o de sua realidade, estamos passando a um modelo mais crítico de atuação em saúde, cujo eixo encontra-se colocado em um indivíduo que está imerso em realidades sociais históricas, dinâmicas e transitórias (p. 33).

No capítulo 2 dessa dissertação serão assinalados alguns aspectos sobre o trabalho dos psicólogos nas Unidades de Saúde indicadores de que, apesar da clínica ter ampliado o seu sentido, na maioria dos casos, a prática é voltada para a clínica tradicional. As Unidades estão marcadas pelo modelo clínico médico, que é tomado também pelo psicólogo – que inclusive é obrigado a dar um diagnóstico para cada paciente. Os atendimentos em grupo não necessariamente rompem com essa característica, uma vez que a alta rotatividade dos pacientes aponta para um não reconhecimento deles mesmos enquanto grupo e que esse tipo de atendimento é utilizado como instrumento para atender maior número de usuários da Unidade, diminuindo a lista de espera.

Logo, um discurso mais social para a clínica pode aparecer em alguns momentos, mas costuma se manter apenas como discurso.

Essa questão da clínica é reforçada quando se observa a Tabela 7, que questiona o tipo de abordagem teórica que os psicólogos dizem nortear sua prática e as pós-graduações que fizeram.

Tabela 7 – Abordagens teóricas que dizem nortear a prática e cursos que fizeram além da graduação.

| | | - Abordagens teóricas que dizem nortear a prática | - Cursos que fizeram além da graduação |
|-----------|------------|---|---|
| Cariacica | Sujeito 1 | Psicanálise e Piaget | Não fez nenhum |
| | Sujeito 2 | Clínica da Diferença e Psicanálise Lacaniana | Pós-graduação em Saúde Mental |
| | Sujeito 3 | Psicanálise Lacaniana | Formação em Psicanálise Lacaniana |
| | Sujeito 4 | Psicodrama | Especialização em Psicodrama |
| | Sujeito 5 | Terapia Sistêmica | Pós-graduação em Família e Pós-graduação em Terapia Sistêmica de Família |
| | Sujeito 6 | Existencialismo e Gestalt | Pós-graduação em Saúde e Atenção Psicossocial. |
| | Sujeito 7 | Gestalt | Especialização em Gestalt-terapia |
| Serra | Sujeito 8 | Guattari e Foucault | Pós-graduação em infância e adolescência |
| | Sujeito 9 | Corporal, Psicossocial, Piaget e Clínica | Pós-graduação em Saúde Mental e Psicossocial e Especialização em Psicoterapia Corporal |
| | Sujeito 10 | Não definiu ¹² | Pós-graduação em Psicopedagogia e Psicomotricidade |
| | Sujeito 11 | Psicodrama, Psicanálise e Biodança | Pós-graduação em Psicologia Analítica e Formação em Biodança |
| | Sujeito 12 | Foucault | Pós-graduação em Família |
| | Sujeito 13 | Psicanálise | Pós-graduação em Psicopedagogia, Formação em Psicoterapia Corporal e Curso em Violência Corporal com Adolescentes |
| | Sujeito 14 | Genealogia de Nietzsche | Formação em Psicose e Transtornos Graves |
| | Sujeito 15 | Psicodrama | Formação em Psicodrama e Formação em Arte-terapia. |
| | Sujeito 16 | Psicanálise Lacaniana | Formação em Psicanálise Lacaniana |
| | Sujeito 17 | Gestalt | Especialização em Gestalt-terapia |
| | Sujeito 18 | Centrada na Pessoa | Formação Rogeriana e Formação em Psicodrama. |

É interessante observar que os poucos entrevistados que afirmaram usar, como base para suas práticas, teorias mais voltadas para o social (Sujeito 8, 12 e 14), citam teóricos cuja proposta principal não é a intervenção psicoterápica – esta é a prática principal deles nas Unidades –, de modo que, durante a entrevista, aparecem indícios

¹² Não especificou a linha teórica. Ao ser inquirido, forneceu uma resposta vaga sobre isso.

de que eles acabam por usar outros elementos da clínica tradicional nos atendimentos individuais ou grupais que eles realizam.

A quantidade de cursos feitos após a graduação indica a necessidade de maiores investigações acerca dessa questão, uma vez que esses cursos se tornaram quase que um complemento obrigatório após a graduação – fato confirmado pelos dados do CRP (2002), que mostram que 73,1% dos profissionais do estado fizeram pelo menos uma pós-graduação.

A maioria desses cursos que aparece na Tabela 7 (p. 70) são voltados para uma formação clínica. Levando em consideração que além de todos entrevistados trabalharem na área da saúde pública, grande parte trabalhou com projetos sociais, podem ser feitas algumas leituras que corroboram com o que foi dito até agora. Uma delas é que os profissionais são premidos pelas necessidades do mercado de trabalho. Assim, explicam sua inserção em razão de uma demanda (como apontado na Tabela 7, p. 70). Atualmente, as áreas sociais contratam bastante, em contraposição ao consultório particular que, apesar de ser atividade que quase todos já exerceram e continuam exercendo, não é uma fonte de lucro certa e constante, uma vez que flutua segundo as oscilações econômicas das classes mais abastadas que pagam por esse serviço e que a demanda não é tão grande quanto a oferta.

Além disso, esses dados podem apontar para uma transposição de uma prática hegemônica de consultório individual, baseada no modelo médico, para as salas de atendimento individual ou grupal das Unidades de Saúde.

É inegável que a maioria dessas bases teóricas e cursos de pós-graduação carregam consigo uma concepção liberal do homem que, de acordo com Bock (1999) é uma concepção que transforma em entidades e essências as realidades apreendidas, individualizando problemas sociais, ocultando desigualdades sociais que dão origem a diferentes indivíduos.

Apesar de várias tentativas de ruptura dos psicólogos com essa visão – ao tentar incluir o homem e sua realidade em suas teorias/práticas, ao criticar o modelo clínico

bio-médico, ao questionar sobre o trabalho do próprio psicólogo e dos outros profissionais e ao tentar compreender o porque da imensa demanda que chega todos os dias nas Unidades de Saúde para um número exíguo de psicólogos – é esse modelo tradicional hegemônico que, por diferentes vias, acaba por se afirmar, seja quando os psicólogos falam sobre a demanda, transformando em diagnósticos individuais problemas sociais (como o grupo de mulheres com ‘falta de perspectiva na vida’), seja quando vários deles justificam a rotatividade dos pacientes em atendimento por uma questão individual (afirmam que as pessoas deixam de ir aos atendimentos sem avisar depois de ter ido a somente um ou dois, porque nesses que elas participaram, elas resolveram os problemas delas).

Bock (1999, 2001) aponta que esse modelo clínico corresponde a uma certa concepção individualista, assistencialista, dispendiosa e elitista, concepção esta que vê o homem como natural e a-histórico.

A busca e manutenção desse modelo clínico na Psicologia se amparam, em parte, por associação ao da Medicina, como aponta Mello (1978):

Diríamos que não é tanto a Psicologia Clínica, enquanto um tipo determinado de atividade técnica, que atrai estudantes e profissionais, mas a similaridade que ela evoca, e às vezes se procura acentuar, com a figura e as atividades do médico, padrão de profissional liberal bem sucedido. (p. 71).

Essa autora, na década de 70, já afirmava a nocividade dessa imagem para os psicólogos, uma vez que a Psicologia não é um ramo da Medicina e o psicólogo não é um profissional empenhado em curar doenças. Tal sobreposição impediria a construção de uma nova imagem profissional, que deveria se estruturar a partir da especificidade da Psicologia e da desconstrução do aspecto de uma profissão elitista e de escasso significado social.

Passados mais de 30 anos, houve modificações nesse quadro apresentado. Apesar de não ter acontecido uma ruptura com essa situação, alguns processos abriram caminho e modificaram a Psicologia, sua inserção e suas práticas. Foram alterações heterogêneas, em relação ao impacto que provocaram no meio profissional e de

formação dos psicólogos. Portanto, devem ser observadas não como transformações bruscas, mas como indícios de uma forma diferente de formação e inserção profissional no contexto brasileiro.

Assim, enquanto parte dessas mudanças podem ser analisadas como indicando uma nova profissão, mais engajada e comprometida com o homem e seu entorno social, outros aspectos fornecem indícios de um pertencimento a um discurso já hegemônico e tradicional da Psicologia. Com certo cuidado, é possível perceber constantemente essas contradições no discurso dos psicólogos das Unidades. Falar dessas mudanças se torna importante por elas serem uma aposta em novos modelos, novas construções, novas subjetividades e novas teorias/práticas para um novo profissional psicólogo. A própria inserção do psicólogo como um profissional da saúde pública, em si, já pode ser vista como uma forma de atuação profissional menos elitista.

Por fim, tentar trazer um pouco da história da Psicologia não é tarefa fácil. Contar a história da Psicologia é ir além da concepção oficial e dominante de história, tentando buscar diferentes visões, algumas esquecidas, outras que vem sendo narradas há pouco tempo, e forjadas por diferentes práticas e diferentes segmentos (BOCK, 2001). Uma história que deve ser compreendida como uma história de conflitos, com diversas implicações teóricas, ideológicas e políticas que a permeiam, e que pode ajudar a desconstruir os dogmatismos e saberes competências-dominações estabelecidos e ajudar na construção de novas análises e novas intervenções de prática, oferecendo condições críticas de entender e discutir as multiplicidades de práticas e de inserções sociais e políticas que permearam e ainda permeiam o campo Psi (MANCEBO, 1999).

Assim, a própria história da Psicologia e dos psicólogos brasileiros não pode ser desvinculada da herança e da hegemonia do modelo médico-clínico de atuação. Daí a importância de situar em um primeiro momento uma breve história da Psicologia para, em seguida, tratar, também de forma breve, da saúde pública a fim de situar algumas conexões entre esses dois campos: Psicologia e Saúde Pública.

3 OS IMPASSES E O IMPOSSÍVEL: O QUE SE ESPERA DO PSICÓLOGO NO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA

3.1 VISÃO HISTÓRICA DA CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu Artigo 196, (Título VIII – Da Ordem Social; Capítulo II - Seção II, Da Saúde), afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição estabelece, portanto, uma intervenção sobre a saúde da população que culmina na criação de um sistema único e integrado que visa garantir toda a população o que foi colocado nesse artigo: o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa preocupação em garantir uma política pública de saúde é relativamente recente. Autores como Foucault (2003), Rosen (1994) e Donzelot (1986), apontam que a saúde da população não era alvo de ações governamentais planejadas até o século XIX.

Foucault (2003) localiza no século XVIII o surgimento da preocupação com a saúde das pessoas, tendo a produção sobre o tema um aumento significativo por parte dos médicos e governantes à época. A saúde começa a aparecer como preocupação do Estado em vários países da Europa, principalmente por causa das epidemias, que assolavam os diversos países de tempos em tempos e matavam milhões de pessoas.

Até então, a restrita assistência médico-terapêutica pública que existia era destinada aos pobres e era de responsabilidade das comunidades locais. Os hospitais, como principal instrumento dessa assistência, eram locais de isolamento e morte, configuração que vai mudar somente a partir do século XIX, aproximando-se dos hospitais modernos, ou seja, ambientes de cura (FOUCAULT, 2003).

A história da saúde pública vai se imbricando aos poucos com a história da Medicina e Foucault (2003) torna isso evidente ao reconstituir três etapas da formação da Medicina Social: A Medicina do Estado, a Medicina Urbana e, por fim, a Medicina da Força de Trabalho, que vai se constituir junto com o sistema público de saúde moderno.

A Medicina do Estado tem início na Alemanha, no século XVIII, quando surge um sistema completo de observação da morbidade e de normalização do saber e da prática médica, aparecendo o médico como administrador da saúde. O Estado, então, se torna objeto de conhecimento pelos recursos naturais da sociedade, pelo estado da população e pelo funcionamento geral do seu aparelho (FOUCAULT, 2003).

Na mesma época, na França, tem início o esquadramento da população urbana, método que analisa os lugares de acúmulos e amontoamentos de tudo o que pudesse provocar doenças, controla a circulação da água e do ar e promove a organização, distribuição e seqüenciamento dos elementos da cidade. Essas práticas passam a ser conhecidas como Medicina Urbana, cujo estudo não é voltado diretamente aos homens, mas aos meios de vida e às condições de existência (FOUCAULT, 2003).

Rosen (1994) indica que apesar do saneamento das áreas urbanas ter um grande valor, aos poucos, vai se tornando evidente que ele sozinho não era a resposta necessária para resolver os problemas e dificuldades das classes mais pobres, pois a situação sanitária e social continuava insatisfatória: cidadãos vivendo amontoados, com baixos salários e condições degradantes de existência. Além disso, a crença de que o saneamento poria um fim ou diminuiria as epidemias seria logo contrariada, visto que as doenças voltavam a atacar de maneira cíclica, matando sempre um número significativo de pessoas.

No século XIX, com a Revolução Industrial em expansão pela Europa e com a crescente demanda de homens para trabalhar nas fábricas, surge a Medicina da Força de Trabalho, principalmente na Inglaterra, como aponta Foucault (2003).

A partir dessa época, as intervenções que começaram a ser feitas indicam mais um reconhecimento do governo de que a força física de uma nação é um importante fator

de prosperidade, devido ao desenvolvimento da Revolução, do que uma consideração sobre o valor do ser humano (ROSEN, 1994). Foucault (2003) corrobora com essa idéia ao descrever que, segundo o pensamento da época, era necessário cuidar de todos para que estes possam ser mão de obra útil nas fábricas, ou seja, para que o corpo social saudável, como força de trabalho, pudesse ser explorado economicamente pelo capitalismo que se inicia. A saúde se torna um dos dispositivos capazes de aumentar, constantemente, a utilidade do corpo do trabalhador. Proteger a saúde tornou-se, então, matéria de interesse nacional, o que levou ao surgimento da moderna saúde pública, como assinalado por Rosen (1994).

Esse sistema de saúde, que passou a ter como alvo os trabalhadores, privilegiava as duas principais classes sociais: os pobres se tratariam gratuitamente e sem despesas, ao mesmo tempo em que eram colocados sob controle médico e do Estado, tornando-os mais aptos para o trabalho; e os ricos, que já possuíam o costume de se tratar com médicos particulares, não seriam vítimas de fenômenos epidêmicos originários da outra classe e ainda poderiam explorá-la economicamente. Foucault (2003) assinala as conseqüências da assistência à saúde baseada na divisão de classes:

[...] E, por outro lado, essa medicina permitiu três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como vacinação, as epidemias, e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Atualmente, trata-se sempre de fazer funcionar esses três setores da medicina, mesmo que sejam articulados de maneiras diferentes (p 97/98).

Essa articulação se mostra mais contemporânea do que se pode imaginar e vai trazer sérios problemas e impasses à saúde pública brasileira atual, pois o Sistema de Saúde Pública, apesar de ser direito de todos, passará a atender, sobretudo, aos grupos mais carentes. Por outro lado, as pessoas que possuem melhores condições financeiras serão tratadas em hospitais e clínicas particulares, principalmente por meios de convênios de saúde, sendo a medicina administrativa a única que atinge quase todos os homens, independente da classe social. Essa análise ficará mais clara na discussão posterior sobre a situação do SUS nas últimas duas décadas.

A Medicina, para se estender sobre grande parte da sociedade, adotou como uma das principais estratégias a medicalização da família, que vai ser analisada por Donzelot (1986). Dentro da família, um dos mais importantes alvos são as crianças, uma vez que são estas os futuros braços produtivos da nação e cuja taxa de mortalidade elevada marcava um desperdício da força de trabalho. Para inverter essa realidade foi proposta uma reorganização dos comportamentos educativos dos pais, que deixavam os filhos sob cuidado dos serviçais e nutrizes. Estes, que até então eram vistos como ajudantes ou mesmo responsáveis pela criação, passaram a ser vistos como influências negativas, pois estariam deixando as crianças sub-nutridas e expostas a comportamentos inadequados. Tornou-se importante que ocorresse o fechamento da família para que essas influências nefastas não atrapalhassem o desenvolvimento e o caráter futuro das crianças, passando a mãe a alimentar seus filhos, pois isso resolveria o problema da subnutrição ou parte dele.

Com essas mudanças, os médicos se tornaram conselheiros das famílias burguesas, e é no interior delas que vai ocorrer uma aliança privilegiada entre o médico e a mãe, sendo essa mudança no governo das crianças necessária para sua higiene e para o tratamento de suas doenças (DONZELOT, 1986).

É nesse contexto que começam a ser produzidas análises das perturbações da criança consecutivas às dissociações conjugais, na década de 1930, por meio da junção da teoria freudiana das carências de imagens parentais com a análise clássica do ambiente. A partir de 1940/50, as características morais das crianças passaram a ser explicadas tendo em vista a comunicação entre elas e os pais, o comportamento dos pais e o valor educativo da família. É a partir dessa época que também se iniciam as classificações de famílias em desestruturadas (instabilidade profissional, imoralidade, falta de asseio); famílias normalmente constituídas, mas que rejeitam ou são super-protetoras (os pais não cuidam dos filhos, não os disciplinando, deixando-os na rua, ou que acobertam os filhos, achando normal que eles vivam na rua); e famílias carentes (famílias em que o pai, a mãe ou ambos já morreram ou são vítimas de incapacidade definitiva, na qual internavam parcialmente ou totalmente as crianças) (DONZELOT, 1986).

A partir disso, a Medicina passou a legislar, inclusive, sobre as uniões, produzindo um discurso sobre a família moderna que permanece arraigado nos dias atuais. Os psicólogos que atuam nas US da Serra e de Cariacica atribuem os problemas das crianças, por eles atendidas, às relações familiares estabelecidas (família desestruturada, ausência do pai, entre outros), o que aponta para a persistência de fragmentos desse discurso, elaborado há mais de um século e em um outro momento histórico.

Um segundo alvo da Medicina é o desaparecimento das epidemias, que desperdiçam a vida de milhares de pessoas em plena fase produtiva. Isso implicou intervenções autoritárias sobre as cidades e vigilância médica nas construções e instituições (prisões, navios, instalações portuárias, hospitais).

Conjuntamente, houve um ensino e fiscalização dos indivíduos em relação às regras fundamentais de higiene, o que diz respeito não só a própria saúde, mas também a dos outros. Surge uma série de prescrições e convenções que dizem respeito à doença e às formas gerais de existência e de comportamento que todos devem seguir (FOUCAULT, 2003).

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde (FOUCAULT, 2003, p. 203).

O corpo médico se espalha pela sociedade oferecendo cuidados gratuitos ou com o menor custo possível para a maior parte da população. Há, conseqüentemente, uma generalização de cuidados, consultas e distribuição de doentes, que, ao invés de internados em hospitais – como já foi dito, se baseava em estruturas ultrapassadas e mais um foco de morte do que um agente terapêutico – passaram a ser hospitalizados em sua própria casa, de modo que é a família que vai cuidar de seus doentes, o que gera uma diminuição de custos e gastos por parte do Estado (FOUCAULT, 2003).

Inicia-se nesse momento a medicina familiar estendida a toda família, idéia que foi retomada no Brasil, nesses últimos anos, por meio do Programa de Saúde da Família.

A equipe de saúde entra em cada residência, cuidando de cada membro da família, observando a casa, os comportamentos e as condições de vida, e diagnosticando pequenos problemas que podem e devem ser resolvidos ali mesmo. Só acontecem encaminhamentos para hospitais ou outras instituições de saúde em situações mais complexas, carentes de melhor infra-estrutura para atendimento.

É uma ação do governo que cresce e atinge somente parte da população: as classes mais pobres. Esse programa, ao mesmo tempo em que demonstra uma maior possibilidade de acompanhamento à saúde das pessoas atendidas – ao pensar não só no diagnóstico e cura de problemas, como na prevenção e promoção da saúde delas – é um controle sobre cada indivíduo e sobre os modos de vida das populações menos favorecidas economicamente. Controle esse que é exercido sobre o restante da população por outros meios menos diretos e mais sutis.

Apesar do cuidado em domicílio ter sido, no século XIX, usado como forma de substituir o hospital, o hospital foi reformulado e ajustado ao espaço urbano, deixando de ser um local de assistência aos pobres e tornando-se um lugar de operação terapêutica e de cura por excelência. Essa reformulação só foi possível depois que a Medicina se inseriu no hospital, que, até então, era gerido principalmente por grupos religiosos e promoveu a disciplinarização desse espaço (FOUCAULT, 2003).

É devido ao poder disciplinar que há uma distribuição espacial dos indivíduos, uma classificação, o controle não só sobre o resultado da ação, mas também sobre o seu desenvolvimento, a vigilância do indivíduo e o registro contínuo de todas atividades exercidas sobre cada paciente, acumulando e formando saberes. Dá-se, então, o aparecimento da clínica como dimensão essencial do hospital, um espaço que trata o doente, observa-o, conhece-o e o cura. É o indivíduo que, dentro dos hospitais, torna-se objeto do saber e da prática médica (FOUCAULT, 2003).

No final do século XIX, a Medicina passou por um grande avanço, pois algumas questões pertinentes às doenças contagiosas foram respondidas através da demonstração da existência de organismos específicos que as causam. Essa descoberta afetou a saúde pública, pois possibilitou o desenvolvimento e aplicação de

uma nova área de saber que ficou conhecida como imunologia: processo de vacinação e imunização da população, evitando o contágio de doenças epidêmicas temidas nos últimos séculos (ROSEN, 1994).

A imunologia se tornou um dos principais braços da medicina preventiva na atualidade e é responsável pelo desaparecimento de várias doenças, havendo diversas campanhas que pregam a imunização, responsabilização dos pais pela vacinação dos filhos e explicações sobre as conseqüências que essas doenças podem provocar.

Nas primeiras décadas do século XX foram criados Serviços Nacionais ou Departamentos Nacionais de Saúde em vários países da Europa e nos Estados Unidos. As atividades de promoção à saúde e prevenção da doença passaram a acontecer em alta escala, promovidas pelas autoridades sanitárias, junto ao contínuo esforço para melhorar o ambiente, fornecer água limpa e alimento íntegro, moradias higiênicas e condições de vida descentes. Entretanto, como apontado por Rosen (1994), esses benefícios de assistência médica e promoção à saúde não incidem igualmente em toda parte, pois as desigualdades nas condições de saúde se ligam intimamente aos problemas fundamentais de riqueza e pobreza.

Por fim, Rosen (1994) analisa que se a responsabilidade pela saúde do povo agora é de um governo nacional e não mais das comunidades locais e dos indivíduos, estes continuaram a ter um papel fundamental na preservação da saúde individual e coletiva, pois esses serviços locais se relacionam ao nacional, numa distribuição hierarquizada de responsabilidade sobre a saúde.

A importância das comunidades fica mais clara ao ser desenvolvido o conceito de distrito sanitário, que busca relacionar os serviços a uma delimitada população ou a uma população de área definida, implantando, para tanto, centros de saúde que abrigariam várias clínicas no mesmo ambiente, mas conservando a autonomia de cada uma (ROSEN, 1994).

São esses centros que passaram a coordenar os serviços de Saúde Pública em nível local, oferecendo a assistência preventiva e curativa e que se assemelham a propostas

das Unidades de Saúde brasileiras, nas quais os psicólogos entrevistados trabalham em parcerias com equipes compostas por diversos profissionais. Elas serão a porta de entrada do sistema de saúde e as responsáveis pelas políticas de saúde locais, observando as especificidades da área abrangida e as necessidades dos usuários e moradores.

Como pode ser observado, alguns aspectos da história do desenvolvimento da saúde pública na Europa e Estados Unidos da América apresentam semelhanças com a história das políticas públicas de saúde no Brasil. Contudo, para uma maior compreensão do caso brasileiro, faz-se necessário levantar alguns pontos da construção dessa história aqui no país, história que tem o seu ápice com a criação do SUS, numa esfera federal, e com a construção de várias Unidades de Saúde e Hospitais, em parceria com as esferas estaduais e municipais, e que ainda está sendo construída cotidianamente.

3.2 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O surgimento da saúde pública no Brasil traz algumas semelhanças com o modelo europeu, uma vez que os principais modelos de atenção e cura foram importados de lá. Inclusive, os europeus foram os primeiros médicos a atuar no Brasil, já que aqui era proibido o ensino superior nessa área. Até as primeiras décadas do século XIX, as principais idéias de ações e intervenções por parte do Estado e da Medicina, o cuidado com a família e a criança, as campanhas para erradicação das epidemias e a disciplinarização do corpo são apontadas, por vários autores brasileiros (MACHADO et al, 1978; LUZ, 1982; 1986; 1991; COSTA, 1983 entre outros) como processos muito semelhantes aos do velho continente.

Na época do Brasil Colônia, a medicina tinha como objeto privilegiado a intervenção sobre a doença, atuando por meio da ação terapêutica individual e curativa, sem nenhuma intervenção direta sobre a vida da cidade e sem o objetivo de promover a saúde da população como um todo, não havendo uma tentativa de organizar medidas

de controle do espaço social, de criar melhores condições de saúde ou de destruir possíveis causas de doenças (MACHADO et al, 1978).

Como acontecia na Europa, Câmaras Municipais fiscalizavam alguns aspectos das cidades e vilas - como a limpeza do espaço público, a fiscalização do comércio de alimentos e a fiscalização do embarque e desembarque nos portos – com o sentido de preservar a população de doenças, que poderiam ser causadas pelo lixo, alimentos estragados e desembarque de pessoas enfermas. Esses pequenos cuidados eram promovidos pelo Estado por considerar a população vital para defender a terra e fazê-la produzir. Entretanto, essas atuações eram pontuais e esporádicas, pois as Câmaras agiam de forma local, dispersa e sem continuidade, o que não assegurava o aumento do nível de saúde das pessoas (MACHADO et al, 1978).

No século XVIII apareceram os primeiros hospitais no Brasil, cujas principais funções eram a de reclusão do doente e a de preparar o enfermo para uma boa morte. O serviço de hospitalização era uma atividade assistencial destinada principalmente aos pobres, aos forasteiros e aos soldados, posteriormente sendo adicionadas acomodações destinadas aos loucos (MACHADO et al, 1978).

Devido à sua incapacidade de acolher o grande número de enfermos e à propagação de doenças que acontecia dentro do hospital, este passou a ser visto como um lugar a ser evitado, pois produzia mortes. A assistência hospitalar é mais uma assistência à miséria do que a doença e é situada em uma ação caritativa mais ampla, que incluía crianças abandonadas, indigentes e prisioneiros. Somente com a criação do primeiro hospital militar que começou-se a produzir um novo discurso sobre a vida da população e a usar esse espaço como local de aprendizagem e ensino. O hospital deixou, então, de ter uma missão humanitária e religiosa e torna-se instrumento político do Governo, pois passou a ser capaz de manter o homem em estado útil (MACHADO et al, 1978).

A cidade só começou a ser analisada pelo Estado quando grandes epidemias atacaram grande parte dos habitantes, como a de lepra. Objetivava-se determinar as causas das doenças e para isso contava-se com a consultoria do médico, que somente no século XIX passou a ser visto não mais como consultor da administração, mas como

autoridade responsável no que diz respeito à saúde, e não só à doença (MACHADO et al, 1978).

Com a transferência da corte portuguesa para o Brasil, os governantes adotaram como propósito a recuperação do estado de saúde dos seus habitantes como um dos objetivos da administração. Iniciaram-se, portanto, uma série de pequenas transformações urbanas, visando a abertura das ruas, a construção de calçadas, o secamento de pântanos, entre outros. Essas mudanças eram baseadas em pareceres médicos, que apontavam, além da péssima urbanização, a má qualidade da alimentação e a imoralidade como principais causas das doenças. O governo assumiu, pela primeira vez, a produção de saúde como um aspecto de sua atribuição (MACHADO et al, 1978; COSTA, 1983).

Costa (1983) aponta que, no Brasil, a medicina também escolheu a família como alvo de intervenção, narrando o mesmo tipo de interferência sucedida pela medicina no interior das famílias, que foi narrada por Donzelot (1986), na Europa.

Os médicos passaram a estipular os hábitos e condutas físicas, intelectuais, morais, sexuais e sociais considerados adequados por promover a saúde e o caráter dos membros das famílias. Esse controle buscava disciplinar a prática dos cuidados com os filhos, que seriam a futura mão de obra do mercado de trabalho, buscando conservar as crianças (COSTA, 1983).

Essa transformação das práticas cotidianas do indivíduo é de interesse do Estado, pois os comportamentos incentivados são os que tornam possíveis a subordinação da população aos objetivos do governo. Além disso, a partir dessas mudanças, passou a haver normalização desses comportamentos, nos quais todos desviantes iriam servir de anti-norma, como os escravos, mendigos, loucos e vagabundos (COSTA, 1983).

Foi nessa época que a medicina, que até então ainda não era associada a uma prática política específica, como um poder especializado, assumiu a responsabilidade dos indivíduos e da população atuando sobre as condições naturais e sociais da cidade (MACHADO et al, 1978).

A medicina se colocou a serviço do Estado e exigiu, em contrapartida, que este se deixasse instrumentalizar por ela. A partir de então, ela em tudo intervém, sendo que um dos campos privilegiados da intervenção é o próprio aparelho do Estado. Desse modo, uma nova racionalidade administrativa, compatível com o funcionamento da nova medicina, começou a emergir na esfera do Estado. A medicina social é, portanto, necessariamente política (MACHADO et al, 1978).

Somente no final do século XIX, início do XX, é que esse modelo de saúde proposto, que via na desorganização das cidades o fator de manutenção, extensão e reprodução das precárias condições de saúde, vai ser questionado pelo proletariado emergente, como colocado por Luz (1982), uma vez que esse modelo de conhecimento sobre a saúde e causa das doenças não coloca em relevo as condições sociais de produção e de existência como sendo os principais fatores de causa e reprodução da doença.

Como se verá, a ausência da análise das condições sociais e econômicas de vida da população, como produtoras de doença e de saúde, vai se perpetuar até os dias de hoje na prática de muitos profissionais da saúde e nas ações governamentais. Observam-se poucas rupturas nas práticas, apesar de existirem muitos discursos que apontam serem possíveis outras direções para se pensar a saúde a partir de um viés histórico e social. Isso se tornará mais claro quando analisados os dados desta pesquisa.

Quando a República foi instaurada, uma vasta parcela da população estava doente e com condições de saúde deteriorada e as epidemias voltaram a fazer muitas vítimas, sendo o operariado urbano o setor mais atingido. Na primeira década do século XX houve um crescimento de órgãos públicos de emergência (LUZ, 1982), sendo interessante pontuar que na história da saúde as principais intervenções estatais diretas sobre a população acontecem, quase sempre, em períodos de crise.

Um exemplo claro dessas intervenções nos períodos de crise pode ser percebido durante a Primeira Grande Guerra, que trouxe conseqüências para os países envolvidos direta e indiretamente. Especificamente no Brasil, houve uma crise no setor agrário-exportador e uma expansão no setor industrial, dada a impossibilidade de

importação dos produtos industrializados. O avanço das indústrias levou a uma maior exploração dos homens, das mulheres e das crianças nas fábricas, obrigados a muitas horas de trabalho e condições insalubres, deteriorando, conseqüentemente, as condições de existência desses trabalhadores (LUZ, 1982).

Com a força de trabalho em condições precárias e as doenças se alastrando, havia uma preocupação com a possibilidade da reprodução dessa força, o que ameaçava restringir as possibilidades de expansão capitalista no país (LUZ, 1982). Como aponta LUZ (1986)

O novo espaço urbano é também espaço industrial: traz consigo os efeitos das novas condições de trabalho: os acidentes, as doenças, a subnutrição, que se engendrarão no seio das carências que o novo modo de produção provoca. Nesta conjuntura, assumirão a dominância no discurso institucional as doenças de massa. Entretanto, algumas delas estão intimamente relacionadas às condições de vida e trabalho (p. 32).

Como forma de minimizar a responsabilidade do Estado e das indústrias sobre a saúde e doença dos trabalhadores e possíveis revoltas foram instituídos alguns benefícios para eles.

Como exemplo, pode-se citar a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, em 1923, que, de início, beneficiou os ferroviários e posteriormente, em 1926, os marítimos e estivadores. Em 1933 nasceu uma nova estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadoria e Pensões, propostos para diferentes classes trabalhadoras. Posteriormente, o Estado passou a gerir as instituições previdenciárias (LUZ, 1982). Entretanto, esses benefícios não melhoraram as condições de vida da população como um todo, uma vez que oferecia medicina curativa e aposentadorias para os trabalhadores, sem modificar ou questionar as questões econômicas e sociais da época.

Outros ganhos parciais importantes que aconteceram até a década de 30 merecem ser mencionados, como a criação de leis de regulamentação do trabalho do menor, lei de acidentes de trabalho, lei de férias, entre outras (LUZ, 1982).

Os primeiros Postos Médicos do Brasil foram criados no começo do século XX, na capital federal, então, Rio de Janeiro. Nessa mesma época, houve uma expansão dos pronto socorros, hospitais e policlínicas. Em 1920 criou-se, com o decreto-lei 2.987, o Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha por objetivo direcionar ações de saneamento no meio rural e urbano, de higiene industrial e dos serviços de higiene-materno-infantil, sendo responsável também pela propaganda sanitária e pelas ações diretas no combate às endemias e epidemias (LUZ, 1982).

Com o recrudescimento das crises epidêmicas e endêmicas, como de febre amarela, desde o final do século XIX e que se manteve nas primeiras décadas do século seguinte, aconteceram campanhas de vacinação em toda a população e foram criadas práticas preventivas de forma contínua, estabelecendo a perspectiva de um projeto de Estado Sanitarista, sendo Oswaldo Cruz um dos importantes articuladores desse projeto e um dos responsáveis pelas campanhas de vacinação para erradicação de várias doenças (LUZ, 1982).

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e da Saúde, que passou a coordenar algumas ações de caráter coletivo. Entretanto, mesmo com a ampliação e reformulação das organizações estatais de saúde, o setor de atenção médica, baseado no modelo de intervenção curativa e individual, ainda atingia setores restritos da população (LUZ, 1982).

Após a Segunda Guerra, com o aumento do desemprego e as precárias condições sociais do Brasil, houve um crescimento significativo dos gastos estatais nas áreas sociais. Foi dado início à formulação de um modelo alternativo de seguridade social. A assistência médica passou a consumir cada vez mais recursos, principalmente devido à pressão de parcelas crescentes da população que se tornavam assalariadas. O aumento do benefício não acompanhou o aumento da receita, o que levou o sistema a ser deficitário posteriormente, na década de 60. Na assistência preventiva à saúde, foram mantidas as práticas de campanhas (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e reafirmada a dicotomia entre saúde pública e atenção, ficando para o Ministério a responsabilidade pelas medidas de caráter coletivo e deixando a cargo do setor privado conveniado com o governo a atenção médica curativa (LUZ, 1986).

A partir de 1960, a sociedade, insatisfeita com a área da saúde, passou a pedir cada vez mais reformas de base. Em 1967, o Estado, agora em plena época da ditadura, interveio sobre os Institutos de Aposentadorias e Pensões, unificando-os no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os trabalhadores e empregadores não participaram mais da gestão da previdência e, concomitante a isso, cresceu a influência junto à direção da previdência por parte de três grupos: indústria farmacêutica, de equipamentos médico-hospitalares e de proprietários de hospital. Nesse período, a política de assistência médica da previdência se ampliou (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

O início dessa década é marcado pela inexistência de planos nacionais e regionais de saúde, permanecendo o Estado em suas atividades campanhistas, por um lado (na saúde pública), e curativo-liberal, por outro (na atenção médica). Uma organização institucional centralizada e planejada só aconteceria após 1968 (LUZ, 1986).

Desde o final dos anos 60, doenças que resultam ou são agravadas pelas condições de trabalho e de vida assumiram maior importância nas políticas públicas, pois o número de casos superou o de doenças provocadas por pestes. Concomitantemente, a assistência médica individual, com o avanço tecnológico, ganhou mais eficiência no diagnóstico e terapêutica. Isso viabilizou o modelo médico-assistencial privatista, gerando o crescimento do complexo médico-hospitalar, que privilegiou a contratação de terceiros (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Carvalho, Martin e Cordoni Jr (2001) e Luz (1986) assinalam que as principais características desse modelo que está se instituindo é o privilegiamento da prática médica curativa individual, assistencialista e especializada, com a criação de um complexo médico-industrial privado. O tripé desse modelo possui o Estado como principal financiador e prestador de serviços à população carente, o setor privado

nacional como prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional como produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos.

Sobre esse quadro, Luz (1986) analisa que

A medicina em tantos pontos moderna e sofisticada que se implanta no país a partir de 1968 e a indústria químico-farmacêutica de primeira linha que ela supõe, com a inevitável presença de grandes empresas internacionais, dá a impressão de que a saúde da população brasileira vai bem (p. 42).

Desde então, tem-se início um alto-grau de medicalização social do país, com um aumento significativo do número de consultas ou internações médicas, número de unidades médicas por região e acessibilidade aos serviços médicos, dados esses que não necessariamente falam da saúde da população, uma vez que essa sofisticada medicina que se estabeleceu não deu conta das doenças basicamente carenciais das pessoas, o que levou, no início da década de 1970, a um aumento da mortalidade infantil, dos índices de desnutrição, eclosão de epidemias como meningite, ressurgimento de certas doenças endêmicas e epidêmicas, entre outros, estabelecendo, assim, uma nova crise na saúde (LUZ, 1986).

Mesmo havendo várias discussões, congressos e relatórios apontando a necessidade da construção de um plano nacional de saúde, que tivesse um modelo de cobertura que partisse da atenção primária e não da hospitalar, da municipalização dos serviços e da assistência, da distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nas três esferas governamentais e da expansão da assistência, desde os anos de 1960 (Luz, 1986), algumas dessas propostas, como a regionalização do serviço de assistência médica, só foram desenvolvidas posteriormente, quando o SUS incorporou essas diretrizes na organização da saúde pública, o que deu origem à prestação de saúde em nível municipal, estadual e federal, cada um tendo responsabilidades e especificidades diferentes, apontadas por leis.

A década de 1970 presenciou, juntamente com a enorme medicalização social do país, a saúde sendo vista como bem de consumo médico e o ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, o que consolidou uma relação autoritária,

mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população, o que, por sua vez, aumentou a insatisfação popular, como indica Luz (1991). O Estado, por meio das clínicas e hospitais credenciados, privatizou as instituições de saúde (LUZ, 1982).

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que agregava entidades como o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando sua atuação voltada ao atendimento médico assistencial individualizado, enquanto ficava no campo de atuação do Ministério da Saúde a execução de medidas e atendimentos de interesse coletivo e vigilância sanitária. Em 1977 foi delimitado pelo INAMPS que somente os trabalhadores formalmente empregados, vinculados pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), receberiam os benefícios da assistência médica. Logo depois, houve ampliação da cobertura para os trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos (COSTA, 1983; CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

O Estado, ao invés de universalizar a cobertura de atendimento médico a todos os cidadãos brasileiros, privilegiava apenas certos grupos, no caso, assalariados e/ou quem podia pagar por uma assistência médica particular, privilégios esses que se apresentam diversas vezes na história brasileira em seus diversos aspectos econômicos, políticos e sociais. Ao fazer convênios com o sistema de saúde privado usando o dinheiro público – segundo Costa (1983), em 1977 o Governo chegou a destinar ao setor privado 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde – ao invés de promover um sistema público de atendimento à saúde, excluiu parcela significativa da população que já se encontrava empobrecida e marginalizada em suas condições de vida.

Na década de 70 ocorreu um recrudescimento da política nacional de saúde para uma prática médica curativa-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo, com o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade, propiciando a mercantilização e o empresariamento da medicina por meio da compra de serviços aos prestadores privados e da viabilização de um

complexo médico industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos (TEIXEIRA, 2006).

Luz (1986) indica que durante a existência do INPS um dos principais problemas foi o superfaturamento médico, que recebia por atendimento as internações repetidas e desnecessárias e as intervenções cirúrgicas não indicadas, mas feitas para que aumentasse o lucro dos médicos e das instituições particulares que forneciam tais serviços. Portanto, eram incentivadas as consultas ambulatoriais e internações médicas e o consumo de medicamentos. “A medicina será um lenitivo para a extrema carência da população. O remédio, uma alternativa para a fome” (LUZ, 1986).

Ao final da década de 70, esse modelo de atenção à saúde demonstrava suas inadequações à realidade sanitária nacional, pois a prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis e os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a expansão da cobertura, além do alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde, criando superposições, descoordenações, ausência de controle, etc, reduzindo a eficácia e a eficiência da ação governamental. Essas contradições foram acentuadas pela crise financeira da Previdência Social no início dos anos 80, que faz parte do contexto recessivo que atravessava os países em desenvolvimento (FLEURY TEIXEIRA, 2006).

Paim (2006) aponta que vários estudos foram feitos durante esta década, todos apontando para a crise no setor da saúde, que era caracterizado como sendo insuficiente, descoordenado, mal distribuído e ineficaz, apesar da crescente incorporação de equipamentos de alta complexidade e da extensão da cobertura de serviços em áreas rurais e periferias urbanas.

No final da década de 70, com o fim do chamado “milagre econômico”, o país foi assolado por uma crise generalizada, com a perda de poder aquisitivo, aumento do desemprego (e conseqüente aumento da população à margem do sistema de assistência à saúde) e insatisfação com o modelo político-econômico implantado pelos militares, além do recrudescimento das epidemias, cenário que propiciou alguns

movimentos na área de saúde a começarem a tomar formas (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Houve um aumento das discussões pela busca de reformas nas políticas de saúde, crescendo os movimentos de contestação às políticas de saúde em quantidade e intensidade. Cientistas, acadêmicos, entre outros, discutiam a degradação das condições de vida da população – consequência principalmente da política econômica e da política de saúde centralizadora, privatizante e ineficaz – mostrando as taxas de acúmulo de doenças endêmicas e epidêmicas. Movimentos populares faziam denúncias à sociedade civil (LUZ, 1991). Apareceram idéias como as de Medicina Comunitária e de Atenção Primária à Saúde, que marcaram o Movimento Sanitário naquele momento como uma forma de oposição e/ou alternativa ao sistema de saúde vigente (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

A atuação desses grupos, que discutiam quais eram as transformações necessárias para a saúde e lutavam, ao mesmo tempo, contra a ditadura, foi denominada Movimento da Reforma Sanitária. Esse Movimento entendia a saúde como resultado das condições de vida das pessoas, de modo que somente assistência médica é insuficiente, pois é necessário, principalmente, acesso ao emprego, à educação, aos salários justos, à boa condição de habitação, à boa alimentação, à cultura, ao lazer e outros, sendo responsabilidade do Estado assegurar os meios para que as pessoas tenham acesso a esses bens e serviços (NETO, 1994).

Se, no início de sua articulação, o Movimento Sanitário era basicamente um conjunto de intelectuais e técnicos de proporções reduzidas, ao longo dos anos ganhou o reforço e a contribuição das lutas específicas de setores diversos da sociedade civil (sindicatos, partidos, associações, encontros, etc) (GALLO; NASCIMENTO, 2006).

São elementos do processo da Reforma Sanitária a ampliação da consciência sanitária, a construção de um novo paradigma que parte das noções de determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas, o desenvolvimento de uma nova ética profissional, a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde, entre outras coisas (FLEURY TEIXEIRA, 2006).

A Reforma Sanitária se propõe a possibilitar a obtenção efetiva de saúde a toda a população cujas condições materiais de existência – determinadas basicamente pela lógica do pensamento capitalista e pela organização técnica e social da produção – atuam exatamente no sentido inverso, ou seja, na direção patogênica e degenerativa. A proposta do Movimento Sanitário nascente é democratizar a saúde como parte da estratégia maior de democratização da sociedade (COUTINHO, 2006).

Os direcionamentos importantes da reforma sanitária são definidos por Mendonça e Fleury Teixeira (2006):

Finalmente, podemos resumir que, em termos gerais, as estratégias de luta pela Reforma Sanitária foram marcadas por três direcionamentos básicos: a politização da questão da saúde visando aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária; a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde, a mudança do arcabouço e das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos (p. 210).

Entre algumas tentativas do Estado para reverter a crise em que a saúde se encontrava estava a constituição do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária no início da década de 80, criado com o objetivo de racionalizar despesas e controlar gastos e lançar um plano de Reorientação da Assistência à Saúde. Um dos principais desdobramentos do plano foi a implementação das Ações Integradas de Saúde, projeto entre ministérios buscando a reorganização institucional da assistência à saúde e objetivando evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições. Os princípios que norteavam essas Ações eram a universalidade no atendimento, a integralidade e a equidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização das ações e do poder decisório, democratização pela participação da sociedade civil e do controle pelos usuários, entre outros (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Avanços expressivos foram obtidos na área da saúde, possibilitando o fortalecimento da rede básica ambulatorial, aumentando a capacidade de atendimento à demanda, possibilitando a revisão do papel dos serviços privados e a participação da população na gestão dos serviços. Após as Ações Integradas foi implantado o Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde, em 1987. Várias reformulações propostas não chegaram a acontecer, entretanto duas conseqüências importantes foram a concentração de poder nas secretarias estaduais e o início do desmonte do INAMPS (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Em 1986 foi realizada a 8^o Conferência Nacional de Saúde, que objetivava discutir uma nova proposta de estrutura e de política nacional, tendo em vista que no ano seguinte seria realizada a Assembléia Nacional Constituinte objetivando definir a nova ordem jurídico-institucional do país (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Nessa Conferência, técnicos, estudiosos, populares, líderes sindicais e de movimentos, políticos e outros discutiram a situação da saúde do país e aprovaram um relatório, cujas conclusões passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. O Projeto foi levado à Assembléia Nacional, onde, após forte embate ideológico, foi aprovado boa parte do texto final na Constituição Federal Brasileira de 1988, que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e cria o Sistema Único de Saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001). Esses dispositivos legais foram aprovados em 1990 pelas Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90 (PAIM, 2006), inspiradas nos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação.

Bodstein (2002) explicita alguns desses princípios:

Importa considerar, por um lado, o conjunto de mudanças no setor saúde vis-à-vis à universalidade do direito à saúde e aos serviços; a integralidade da atenção, pressupondo a oferta pública de ações preventivas e curativas, básicas e de média e alta complexidade; a hierarquização do atendimento, garantindo referência e contra-referência diante dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde e, participação e controle da sociedade civil na gestão do processo, incentivando a formação dos chamados Conselhos de Saúde. São princípios e valores que serviram de inspiração para a reforma do sistema de saúde entre nós e que, de fato, justificam estudos avaliativos mais abrangentes (p. 404).

A integralidade é debatida por muitos pesquisadores e grupos de pesquisa, como o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), e é considerada um dos princípios de complexa compreensão e que possibilita a efetivação

de outros princípios e diretrizes. Paim (2006) aponta que as bases conceituais da Reforma Sanitária contemplaram a integralidade em pelo menos quatro perspectivas:

a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (p. 15).

Esta dissertação tenta demonstrar que a integralidade é um princípio que não foi efetivado, pois o aspecto curativo continua sendo o principal, não havendo a interação da dimensão social e sendo a dimensão psicológica vista de maneira restrita e a-histórica. As condições de vida dos usuários não são colocadas em debate, não influenciando diretamente a elaboração de políticas públicas (que são padronizadas para diferentes regiões e populações) e a garantia de continuidade da atenção está colocada em risco, uma vez que as Unidades de Saúde não garantem atendimento a todos que as procuram, com longas filas de espera, o que indica certa ineficiência em dar conta dos problemas nos níveis básicos de complexidade.

A Constituição incorporou o conceito de saúde numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais, saúde como direito universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais do direito previdenciário, serviços e ações de saúde como de relevância pública, integração da saúde a Seguridade Social (CHIORO; SCAFF,1999).

Entretanto, na década de 1990, a conjuntura político-econômica nacional e internacional foi bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, devido ao fortalecimento de idéias neoliberais no Brasil. Essas tendências se expressaram pela adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase em medidas de estabilização da moeda, privatizações de empresas estatais, adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do

tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, entre outros (LEVICOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Dessa forma, a implementação do Sistema Único de Saúde e de suas diretrizes deram-se em circunstâncias bastante adversas, indo de encontro à proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista. A descentralização foi a única diretriz que não colidiu com as idéias neoliberais, o que favoreceu o avanço desse processo, apesar de, por si só, isso não garantir o caráter democrático do processo decisório e o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo na condução desse processo (LEVICOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

No biênio 1989/1990 foi elaborada a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (CHIORO; SCAFF, 1999). Nos anos 90 foram criadas Normas Operacionais Básicas, que objetivavam ser instrumentos fundamentais para a concretização das diretrizes estabelecidas na Constituição. Elas representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, tratando dos aspectos da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para Estados e municípios, sendo esses aspectos fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional (LEVICOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Na mesma época foram criados Conselhos de Saúde e em 1992 foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que reafirmou a necessidade do Governo de colocar o Sistema em funcionamento. Em 1993 houve a extinção do INAMPS, que era um dos principais focos de resistência à implementação do SUS. Entretanto, a falta de regularidade no repasse de recursos e a constante reivindicação de segmentos mais organizados da população por convênios particulares e seguros-saúde diminuíram a pressão sobre uma implantação mais eficaz do Sistema (NETO, 1994).

Com a fragilização do papel do Estado nas políticas sociais, a diminuição do seu poder redistributivo e a focalização das políticas para grupos populacionais carentes e excluídos, a atenção médica supletiva (privada) se consolidou sem possuir recursos

e/ou dependência direta do Estado e se expandiu às custas da perda da qualidade do setor público, fazendo com que este seja considerado o sistema do grupo das pessoas economicamente excluídas, o que diminui a mobilização social pela saúde pública de qualidade para todos (CHIORO; SCAFF, 1999).

Passa a prevalecer um sistema privado com forte apelo ideológico, compatível com o modelo de formação médica (flexneriano), sustentado por uma política deliberada de desmonte do setor público (voltando a atenção apenas das populações pobres e excluídas), com uma parte sofisticada e eficiente do setor público de alta tecnologia (INCOR, por exemplo) dando-lhe retaguarda (...) (CHIORO; SCAFF, 1999, p. 28).

Esse sistema suplementar de saúde passa a ser subsidiado, nos anos 90, pelo governo federal, mediante a renúncia fiscal via abatimentos de despesas médicas de pessoas físicas e jurídicas no imposto de renda. Enquanto as pessoas de melhores condições econômicas recorrem a esse sistema, o SUS corresponde à única possibilidade de atenção para a maior parte da população, mais de 140 milhões de brasileiros com baixos rendimentos, sub-empregos ou desempregados (PAIM, 2006).

A partir de 1994 acentuou-se o projeto neoliberal para a saúde, havendo uma intervenção da área econômica do governo na gestão do Ministério da Saúde, o que asfixiou cada vez mais o financiamento do SUS. No final da década de 90 o investimento per capita do governo na saúde encontrava-se entre os menores do mundo (CHIORO; SCAFF, 1999). As políticas econômicas liberais aumentaram as desigualdades e os investimentos do SUS não são proporcionais aos problemas e questões de cada região, o que torna difícil manter o princípio da equidade (PAIM, 2006).

Doenças que estavam sob controle reapareceram em números significativos, como o sarampo, a cólera, a dengue, a tuberculose e a malária. Aprofundou-se o desmonte do setor público, enfraquecendo e desrespeitando o controle social, por meio de baixos e congelados salários sem reajuste, demissões em massa, fechamento de leitos, desabastecimento, entre outros (CHIORO; SCAFF, 1999).

É verdade que a dinâmica das políticas de saúde, ao longo da década de 80/90, permitiu crescente grau de universalização até sua consolidação na Constituição de 1988, garantindo-se a saúde como direito de todos e dever do Estado. Mas também é verdade, em função do que até aqui foi analisado, que esta universalização se deu de forma excludente, discriminatória, com distribuição seletiva de serviços de saúde a partir de mecanismos racionalizadores para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica. Um sistema de doença perversamente sem equidade e socialmente injusto.

Apesar de tudo, a reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde representam a primeira experiência concreta em grande escala de reforma do Estado brasileiro, que consegue romper com a lógica corporativista e patrimonialista, típicas da história de nosso país, e ingressar numa linha de reconhecimento do direito e da cidadania. Daí a importância, para aqueles que defendem a construção de uma sociedade justa e fraterna, onde a defesa da vida e da saúde sejam uma realidade, de lutar de forma eficaz contra o projeto neoliberal (CHIORO; SCAFF, 1999, p.34/35).

A reforma sanitária conseguiu vários avanços na questão da saúde, desde a consagração do SUS como o sistema de condução do setor público, até o direito à saúde como um dever estatal, havendo diminuição da alocação de despesas no setor privado e avanço na consciência sanitária. Entretanto, não conseguiu avançar significativamente na dimensão democrática (transparência, controle social e participação popular). Com isso ocorreu um importante aumento da atividade privada sem qualquer financiamento público, por meio da assistência suplementar, e não ocorreu alteração na lógica de produção de serviços de saúde, tanto no interior do setor público quanto privado (GALLO; NASCIMENTO, 2006).

Paim (2006) aponta que várias pesquisas feitas com usuários do SUS dizem que o sistema de saúde está piorando ou continua igual; que o tempo de espera para atendimento ainda é longo, muito maior do que quem frequenta a rede privada; e que tentativas de melhoria do modelo implantado, seja para alcançar a integralidade e a equidade na atenção, seja para melhoria do acesso e da qualidade da atenção, acontecem, mas ainda são esparsas.

Ainda assim, não se pode deixar de pontuar fatos significativos, como a descentralização das ações, serviços e gestão; redução das desigualdades na distribuição dos tetos financeiros da assistência à saúde entre regiões; ampliação do acesso à assistência; expansão do PSF para uma cobertura de aproximadamente 50

milhões de brasileiros; criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000 (PAIM, 2006).

Em 2003, ano que aconteceu a 12ª Conferência Nacional de Saúde, foram estabelecidas diretrizes e metas pelo Ministério da Saúde: melhoria do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde; combate à fome; atendimento a grupos com necessidades de atenção especial e prevenção, controle e assistência aos portadores de DST e AIDS; controle da dengue e outras doenças endêmicas e epidêmicas; acesso aos medicamentos e à qualificação dos trabalhadores do SUS (PAIM, 2006).

O SUS é um sistema de saúde construído por muitas mãos e que é entrecruzado por avanços e retrocessos e, por ser uma nova experiência, possui ainda um rumo incerto. Entretanto, é, sem dúvida, uma experiência que busca concretizar a democracia implementada em lei pela Constituição de 1988 – conhecida por muitos como “Constituição Cidadã” – e que visa devolver aos cidadãos brasileiros parte de seus direitos e de sua cidadania, que por tanto tempo foram usurpados.

A luta pela saúde vai além do corpo do usuário, sua doença e diagnóstico clínico. É uma luta que, associada a tantas outras importantes, como educação e moradia, pode ser considerada ação afirmativa a favor da vida.

3.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: O SUS NOS MUNICÍPIOS

A implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil dá um novo rumo às políticas públicas de saúde, que visam, agora, não só o aspecto curativo da doença – como tradicionalmente acontecia – mas a integração deste com o ramo preventivo, de tal forma que ambos passam a ser considerados indissociáveis.

Para tentar implementar a universalização e a equidade do acesso e promover a integralidade, o sistema de saúde, que até então era centralizado sob poder da União,

organizou-se tendo como princípio a descentralização administrativa e operacional dos serviços, que passaram a ser regionais, e a hierarquização da atenção para organizar a prestação de serviços.

Com a descentralização, os municípios se tornaram amplamente responsáveis pela atenção à saúde, em parceria com os Estados e a União - cooperação técnica e financeira - o que leva a uma mudança na participação dos municípios, que até então era pequena e restrita (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

As leis 8.080/90 e 8.142/90 (Lei Orgânica da saúde) compõem a legislação que regulamenta os dispositivos constitucionais. Elas reforçaram a atribuição municipal no planejamento e execução dos serviços de saúde, ampliaram a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais e estabeleceram a distribuição das funções entre os níveis de governo no SUS (COSTA et al, 1999, apud ARRETCHE, 2003), o que tornou as políticas locais dependentes dessa transferência financeira.

Portarias editadas pelo Ministério da Saúde, que são as Normas Operacionais Básicas (NOBs), definiram as estratégias para esse processo de descentralização e de relações entre as esferas do governo, servindo como instrumentos de regulação e estabelecendo formas de transferência de recursos e modalidades de pagamento dos serviços de saúde (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; LEVCOVITZ; LIMA; MACHDO, 2001).

A NOB de 1993 estabeleceu dois sistemas de gestão da saúde, sendo o primeiro o que estabelece o subsídio à demanda, por meio de um sistema de pré-pagamento por atendimento, que é o modo de gestão da atenção básica e de média complexidade, e um sistema de manutenção do subsídio à oferta, por meio da remuneração por produção, no qual estão inclusos o sistema de referência ambulatorial e hospitalar. Esse sistema de pré-pagamento foi redimensionado pela NOB de 1996, que previu duas formas de gestão para o subsistema por pré-pagamento: a gestão plena de atenção básica e a plena do sistema de saúde, que substituiriam as disposições anteriores (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Para a gestão plena da atenção básica, o

município seria o responsável por elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerenciar as unidades laboratoriais próprias, prestar ou acompanhar serviços relacionados à atenção básica e executar as ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

No ano de 2000, 99% dos municípios estavam habilitados na condição de gestão plena básica, como proposto pela NOB 96 (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Dessa forma, cada município passa a ser responsável pela atenção básica da saúde de sua população (VIANAL; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

É a partir dessa NOB que o processo de municipalização se expande (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001) e é nessa forma de gestão que se encontram os municípios aqui pesquisados.

Com a descentralização, a gestão local passa a ter certa autonomia nos processos decisórios, podendo decidir algumas políticas de saúde e decidir se vai adotar ou não alguma outra que seja proposta pelo Ministério da Saúde (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Entretanto, na prática, o Ministério da Saúde ainda é o encarregado de tomar as mais importantes decisões sobre a política nacional de saúde e coordenar as ações intragovernamentais, ou seja, ainda é no nível nacional que está concentrada a autoridade para formular regras que definem as ações de saúde de estados e municípios. Os níveis estaduais e locais podem influenciar a política local, desde que suas políticas sejam congruentes com as regras do Ministério da Saúde (ARRETCHE, 2003).

É possível perceber nos municípios da Serra e de Cariacica essa autonomia mais limitada na gestão dos programas e na prestação de contas – uma questão que merece maior investigação é se isso acontece por falta de abertura por parte do governo federal ou por falta de iniciativa das prefeituras, uma vez que em ambas prefeituras as políticas de saúde, que incluem os psicólogos, são propostas pela esfera federal e que não levam totalmente em consideração à realidade dos municípios. Esses dados serão mostrados na Tabela 8 (p. 103), que mostrará os programas onde estão lotados os psicólogos.

A década de 1990 foi marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor de saúde no Brasil (BODSTEIN, 2002). A descentralização começou em municípios das capitais e se estendeu, aos poucos, como um projeto de coordenação entre as instituições federais, estaduais e municipais. Transferiram-se, portanto, atribuições, recursos financeiros e pessoal de saúde vinculados à estrutura do INAMPS e as instalações para o Estado e os municípios. Nos Estados, atribuíam-se às secretarias as ações de planejamento, controle, avaliação e prestação de serviços na tentativa de regionalização e busca de equidade. Aos municípios competia a gestão dos sistemas locais de saúde, incluindo o gerenciamento das unidades municipais e o controle e avaliação das unidades privadas ou filantrópicas.

Com a mudança na forma de financiamento da saúde pelo Estado nacional – que passa a não pagar mais por procedimento, pois isso levava a um número muito maior de procedimentos mais caros predominando sobre os mais simples e atuando como um desestímulo à adoção de medidas preventivas e de promoção à saúde – é introduzida uma outra lógica no financiamento da assistência à saúde, dissociando produção e faturamento. Assim, as prefeituras passaram a receber, regular e diretamente, recursos para investir nos procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para um programa de prevenção e promoção à saúde (BODSTEIN, 2002).

Levcovitz, Lima e Machado (2001) apontam, entretanto, que a utilização de alguns instrumentos técnico-operacionais para o repasse dessa verba, apesar dos benefícios, devido à padronização dos instrumentos, à organização e à unificação do sistema de saúde, pouco contribui para a avaliação dos resultados dos recursos aplicados e, sobretudo, limitam iniciativas próprias e singulares que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais.

Para receber o dinheiro, os municípios são obrigados a comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e ter um plano municipal de Saúde (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Os Conselhos e as Conferências de saúde são instâncias deliberativas que vão permitir a participação social e o controle social, que são diretrizes do SUS (ParticipaSUS) – estabelecidas como formas de participação popular pela Lei nº. 8.142/90. Dessa forma, a comunidade é chamada a formular, a opinar, a definir e a

acompanhar a execução e fiscalização das políticas e ações de saúde em todas as esferas de governo, expressando e defendendo os seus interesses na gestão da saúde (BRASIL/MS, 2004).

Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS (BRASIL/MS, 2004).

Entretanto, Arreche (2003) aponta que a possibilidade de controle efetivo por parte da população depende fortemente da orientação política das administrações ou da disposição de funcionários setoriais.

Em outras palavras, a possibilidade de controle dos conselheiros sobre os governos depende em boa medida – pelo menos, nesta fase inaugural – da disposição dos próprios governos para serem controlados (p. 340).

Embora não tenham sido interrogados sobre os Conselhos de Saúde, alguns psicólogos entrevistados, como o S2, atribuíram aos Conselhos uma função estritamente burocrática, no sentido de ter como principal papel o de recebimento de verbas do Governo Federal e Estadual. É nos Conselhos que representantes da população poderiam/deveriam se fazer ouvir, a partir da análise da realidade em que vivem e das análises feitas pelos usuários das US sobre a saúde pública, o acesso, os serviços prestados, a forma de funcionamento, a utilização do dinheiro, entre outras coisas. Seria através da efetivação dos Conselhos que ouviriam as vozes que historicamente foram silenciadas, como analisam Pinheiro et al (2005) – e esse é um dos grandes desafios atuais do SUS.

Os Conselhos teriam a função de propor serviços, em acordo com as políticas nacionais de saúde, ligados à realidade de cada população, de modo que a saúde possa ser adequada/pensada de acordo com a necessidade dos municípios. Entretanto, nos municípios da Serra e de Cariacica há indícios de falta de políticas locais adaptadas às necessidades da população. Como exemplo pode-se tomar o Programa de Saúde Mental, no qual estão inseridos todos os psicólogos ligados à Secretaria de Saúde da

Serra e quase todos os psicólogos ligados à Secretaria de Saúde de Cariacica, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Programas onde estão lotados os psicólogos

| | | |
|-----------|---------|--|
| Cariacica | Suj. 1 | Programa de Saúde da Criança |
| | Suj. 2 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 3 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 4 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 5 | Programa de Saúde da Criança |
| | Suj. 6 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 7 | Programa de Diabéticos, Hipertensos e Obesos |
| Serra | Suj. 8 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 9 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 10 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 11 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 12 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 13 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 14 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 15 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 16 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 17 | Programa de Saúde Mental |
| | Suj. 18 | Programa de Saúde Mental |

O Programa de Saúde Mental possui como ênfase o atendimento a usuários com transtornos mentais graves. Entretanto, o que se verifica é que esses usuários representam um dos menores números de atendimentos do programa e a maioria dos atendimentos realizados não se enquadram nessa categoria. Como explicar que a grande parte dos psicólogos esteja ligada a esse serviço? Isso indica uma implementação de serviços propostos pelo Ministério da Saúde, independente de outras necessidades locais, que poderiam ser levantadas em parceria com a população e que poderiam trabalhar a saúde como uma questão mais ampla, situada além do espaço físico das Unidades de Saúde.

O Programa de Saúde Mental é incentivado pelo Governo Federal, que possui várias políticas nessa área, entretanto, pode não ser necessariamente o mais indicado nos municípios da Serra e de Cariacica, pois a rede entre o Programa e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) não parece estar desenvolvida – o que não incentiva as

pessoas com transtornos mentais graves a procurar a Unidade – e a grande maioria dos usuários que procuram as US possuem outras demandas para ali serem atendidas, como demonstra falas de todos os psicólogos.

Além dos Conselhos, outra forma de controle é a prestação de contas da gestão, o que favorece o acesso e a transparência no SUS e contribui para a ampliação do comprometimento desse sistema de saúde com a participação popular, a gestão participativa e a democratização do Estado brasileiro no campo da seguridade social (BRASIL/MS, 2004).

O controle por parte do governo não era objeto desta pesquisa, havendo no questionário (Anexo I) apenas um tópico sobre prestação de contas, visando saber se ela existia, por se tratar de um serviço público financiado pelas esferas governamentais. Entretanto, quase todos os entrevistados falaram sobre o instrumento que usam para prestar contas e fizeram considerações sobre os efeitos desse instrumento em seu próprio trabalho – há toda uma organização da atuação que visa se adequar a ele. Devido à relevância apontada pelos sujeitos, um pouco desse instrumento e suas repercussões no trabalho dos psicólogos nas US foram descritos a seguir.

Essa prestação de contas, que visa dar mais transparência aos atendimentos, acontece por meio do Boletim Único de Produtividade (BUP), que é preenchido por todos os profissionais que trabalham na saúde e mensalmente é enviado para o Ministério da Saúde.

O BUP é uma ficha, que deve ser preenchida diariamente com o nome dos usuários e outros dados pessoais, como endereço residencial, número da carteira de identidade, o tipo de atendimento realizado, só havendo espaço para preencher atendimentos individuais, em grupo e visitas domiciliares – o que não permite novas formas de atuação, sendo que é necessário colocar o diagnóstico do paciente, mesmo que esse tenha sido o primeiro atendimento dele.

O Boletim é visto por diversos profissionais entrevistados como uma obrigação no trabalho, sendo que alguns questionam explicitamente a importância disso em seu trabalho, como exemplificado pelas falas abaixo:

Pra que que vale aquilo ali? Pra produtividade. Você tem que atender 8 pessoas durante o dia (sujeito 1).

É mais ou menos o tempo determinado pelo SUS. Porque tem uma tabela do SUS que paga atendimento de tantas a tantas horas paga tanto. De tal a tal hora, paga tanto. Tem essa determinação. Os procedimentos, e a gente olha o código aqui. Então a gente marca (sujeito 18).

Mais do que uma medida de produtividade, o BUP é um exemplo concreto do não reconhecimento da especificidade do trabalho do psicólogo e ilustra uma forma de lidar com a demanda da população estritamente vinculada a um modelo médico hegemônico, pois tanto o alto número de atendimentos que os psicólogos são obrigados a fazer diariamente para preencher esse Boletim, quanto a exigência de diagnóstico desde a primeira consulta estão em desacordo com a possibilidade de entender o sofrimento psíquico de forma mais ampla. As amplas discussões atuais sobre saúde vão de encontro à necessidade de diagnosticar todos os usuários, pois visam compreender a saúde não só como a ausência de doenças, como também ir além do diagnóstico, até para poder abarcar o indivíduo de forma integral, e não como um portador de problemas que devem ser resolvidos pelos profissionais da saúde.

Essa produtividade obriga os psicólogos a atender um alto número de usuários por semana, dispensando um tempo pequeno para esses atendimentos, que podem ser vistos na Tabela 9.

Tabela 9 - Quantidade de atendimentos que os psicólogos precisam fazer semanalmente e o tempo destinado a cada atendimento.

| | | | |
|-----------|---------|---------------------------------|--------------------------|
| Cariacica | Suj. 1 | 40 pessoas por semana | Meia hora cada paciente |
| | Suj. 2 | 40 pessoas por semana | Meia hora cada paciente |
| | Suj. 3 | 40 pessoas por semana | Meia hora cada paciente |
| | Suj. 4 | 40 pessoas por semana | Meia hora cada paciente |
| | Suj. 5 | 40 pessoas por semana | Meia hora cada paciente |
| | Suj. 6 | 40 pessoas por semana | Meia hora cada paciente |
| | Suj. 7 | 40 pessoas por semana | Meia hora cada paciente |
| Serra | Suj. 8 | Não possui um número específico | Tempo variado |
| | Suj. 9 | 40 pessoas por semana | Tempo variado |
| | Suj. 10 | 40 pessoas por semana | Tempo variado |
| | Suj. 11 | 30 pessoas por semana | 50 minutos cada paciente |
| | Suj. 12 | Não possui um número específico | Tempo variado |
| | Suj. 13 | Não possui um número específico | Tempo variado |
| | Suj. 14 | Não possui um número específico | Tempo variado |
| | Suj. 15 | 40 pessoas por semana | Tempo variado |
| | Suj. 16 | 40 pessoas por semana | Tempo variado |
| | Suj. 17 | 40 pessoas por semana | Tempo variado |
| | Suj. 18 | 40 pessoas por semana | Tempo variado |

Em Cariacica, como pode ser observado, todos os psicólogos precisam atender oito pessoas diariamente, para cumprir a meta de quarenta pacientes semanais. Essa produtividade é importante não só para cumprirem o contrato de trabalho, mas também porque eles ganham um acréscimo no salário se atingirem essa produtividade (acréscimo que é quase duas vezes maior do que o valor real do salário). Para tanto, eles possuem meia hora para realizar cada atendimento – ao serem interrogados sobre quem definiu esse parâmetro, os profissionais entrevistados não entraram em consenso sobre quem delimitou esse tempo, se o Ministério da Saúde, a Unidade de Saúde ou o Programa de Saúde Mental.

Contudo, um tempo tão escasso de atendimento, aliado a um alto número de usuários por dia, gera questionamentos por parte dos profissionais, uma vez que o psicólogo possui uma especificidade em seu trabalho que não é considerada por esse boletim:

Se você atendeu sete hoje, e você atendeu nove amanhã, você pode atender nove naquele dia. Mas é muito difícil pela terapia. A gente questiona muito. Mas aí a gente tem o que? A gente tem outros tipos de atendimento que a gente também coloca no BUP. Então isso facilita pra gente nesse sentido. Mas é uma coisa, uma cobrança que o estado tem com a gente, que o município tem, que é

difícil, que é difícil. Se você vai ver, a realidade não é aquela ali. Você tem que atender oito. Aí por exemplo, eu tenho pacientes que demandam muito mais de meia hora. Eu tenho uma que demandou uma hora e meia. Então isso dificulta pra mim porque eu não sei a forma como meus pacientes vão chegar. Mas eu tenho que me virar. Eu tenho que ter o X número de pacientes atendidos até o final do mês (Sujeito 3).

Na Serra, o salário dos psicólogos é fixo, sem ganhar mais por produtividade, e muitos psicólogos afirmaram não possuir um número mínimo de atendimentos por semana e/ou um tempo de atendimento para cada usuário pré-estabelecido, ficando isso a critério de cada profissional. Todos os entrevistados da Serra afirmaram que, apesar de não haver uma cobrança direta, a produtividade costuma ser alta, como exemplificado pelos sujeitos 10 e 18:

Existe sim, eu acho que internalizado em cada um.. se eu estou aqui hoje, por exemplo, eu tenho que dar conta de uns oito pacientes pelo menos, porque o atendimento é de meia em meia hora. Se eu atendo em grupo, aí já... (Sujeito10).

Não tem, mas agora fica... acaba cobrando da gente fazer porque a fila de espera está imensa (Sujeito 18).

Esse grande número de atendimentos semanais gera um grande número de queixas, como cansaço e falta de tempo entre atendimentos, o que impossibilita de fazer pausas para tomar água, lanchar ou ir ao banheiro. Essa realidade é ilustrada pela fala de S2:

É muito paciente. Então, o que acontece. Se a gente for realmente meia hora pra cada um, até encerrar... não dá pra encerrar assim um atendimento psicológico: olha, meia hora, você tem que sair. A gente acaba atrasando. Ou quando paciente falta, até a gente consegue, né... não tem tempo livre. Tem que fazer xixi, tem que ir ao banheiro, você quer uma água. Então assim, na outra sala quanto aqui, tem um biscoito aqui (mostra dentro da gaveta), a água fica aqui (em cima da mesa), porque não tem o que fazer. E quando aparece algum caso assim, urgente, aí tem que atender. Quem tá esperando não entende, vai pra casa emburrado, liga pra cá reclamando.

Algumas dessas reclamações relacionadas à produtividade podem ser vistas na Tabela 10, abaixo.

Tabela 10 - Queixas sobre a quantidade e o tempo de atendimentos a usuários por dia

| | | | | |
|-----------|---------|--|-------------------------------------|--|
| Cariacica | Suj. 1 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | Tempo de atendimento é insuficiente | |
| | Suj. 2 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | Tempo de atendimento é insuficiente | Não possui tempo livre entre atendimentos. |
| | Suj. 3 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 4 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | Não possui tempo livre entre atendimentos. |
| | Suj. 5 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | Tempo de atendimento é insuficiente | |
| | Suj. 6 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | Tempo de atendimento é insuficiente | Não possui tempo livre entre atendimentos. |
| | Suj. 7 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| Serra | Suj. 8 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 9 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 10 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 11 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | Tempo de atendimento é insuficiente | |
| | Suj. 12 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 13 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 14 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 15 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 16 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 17 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |
| | Suj. 18 | Atender a esse alto número de pacientes é cansativo. | | |

A modalidade de contrato de trabalho (contratos temporários ou efetivos) parece influenciar diretamente na obrigação de quantos usuários atender semanalmente e quanto tempo destinar a cada atendimento – em Cariacica esses números e especificações são mais rígidas e dão menos possibilidades para os trabalhadores poderem organizar seus serviços como melhor lhe convier. Na Serra, apesar de os psicólogos não terem essa obrigação diária de atendimentos, o que possibilita criação na forma de organizar e realizar seu trabalho, vários sujeitos (S9, S11, S13 e S14)

afirmaram que não é por isso que vão atender apenas uma ou duas pessoas ao longo do dia, o que aponta que o compromisso com o trabalho a ser feito independe de um severo controle de produtividade.

Ainda analisando a Tabela 10 (p. 108), pode-se perceber que a insatisfação dos trabalhadores em relação à falta de tempo adequado para atendimentos e à ausência de pausas entre os atendimentos é muito maior em Cariacica. Na Serra, os psicólogos parecem possuir a possibilidade de escolher quantos atendimentos farão em um dia e quanto tempo levará cada um, incluindo quanto tempo de pausa fará, de acordo com as necessidades individuais, o que é proporcionado, em parte, por serem concursados e receberem um salário fixo, independente da quantidade de atendimentos que realizam. Isso mostra uma compreensão maior sobre a diferenciação do trabalho dos psicólogos em relação aos outros profissionais, pois apesar da maioria dos profissionais afirmar que atende 40 pacientes por semana, eles não possuem obrigação diária em relação a isso, o que dá possibilidade de participar ou criar outras formas de relacionamentos com a saúde da comunidade – como reuniões com associações de moradores – e de poderem organizar o próprio trabalho.

As diferentes modalidades de trabalho não parecem afetar a questão do cansaço em ter que prestar atendimento a um número tão alto de pacientes. Essa cobrança, direta ou indireta, por um alto número de atendimentos mostra, como afirmam os Sujeitos 1, 2, 5, 6 e 11, a falta de compreensão da especificidade do trabalho do psicólogo, que é comparado e considerado similar ao do médico. Um outro conjunto de dados que corrobora isso é a necessidade de os psicólogos diagnosticarem os pacientes, como já apontado. A padronização de meia hora de atendimento para cada um também indica essa falta de compreensão de que o serviço pode e deve ser diferenciado de acordo com os usuários e as diferentes demandas.

Assim, os psicólogos do município de Cariacica, para conseguir preencher diariamente a quantidade necessária de pacientes prescrita pelo Boletim, utilizam algumas estratégias: o sujeito 5 especifica que, ao atender a criança acompanhada dos pais, coloca o nome dos três separadamente, caracterizando, portanto, três atendimentos. Os sujeitos 5 e 6 também explicam que, se atendem mais do que o número mínimo de

pacientes por dia (8), não colocam no BUP desse dia, pois não ganham a mais por esses pacientes. Preenchem os dados desses pacientes em folhas anteriores, nas quais faltavam nomes para completar o número de atendimentos estabelecido, ou preenchem em uma folha sem data e apresentam essa folha quando precisam faltar (constando, formalmente, que eles trabalharam, sem haver corte no ponto de trabalho).

Olha, o que eu faço aqui, com a orientação da minha coordenadora, a coordenadora da Unidade, é o seguinte. Eu tenho uma produção maior do que é preciso. Então, no meu BUP daquele dia eu coloco exatamente o tanto de pacientes que devem estar constando lá naquele dia, pra produtividade do mês. O excedente, como eu não vou ganhar nem dez centavos a mais por isso, fica num BUP, eu vou juntando num BUP sem data. Quando eu preciso, por exemplo, sei lá, algum curso, isso, aquilo outro, ao invés de eu dar atestado..(Sujeito 5).

Os sujeitos 3 e 6 afirmaram que o preenchimento do BUP é uma forma de negociar o repasse de verbas – no sentido de só servir para que a prefeitura envie para o Ministério da Saúde a quantidade total de atendimentos e, em troca, possa continuar recebendo auxílios financeiros – e o S1 apontou que a prefeitura só está preocupada com a quantidade e não com a qualidade de atendimentos registrados no BUP.

E tem o cansaço mesmo, 40 pessoas por semana, se você parar pra pensar. (...) Mas a prefeitura não está preocupada como executa. Ela está preocupada com números, entendeu. Números é que dá dinheiro, números é que dá verba. (Sujeito1).

Essas são estratégias utilizadas para tentar dar conta da rotina estressante e do excesso de trabalho delegado ao profissional de Psicologia.

Na Serra, apesar dessa cobrança não ser tão grande, a falta de compreensão sobre a especificidade do trabalho psicológico aparece na entrevista de S12, que se queixa que o tempo de atendimento diferenciado para cada paciente não aparece na produtividade, só aparecendo o número de pacientes atendidos, o código do atendimento e o diagnóstico.

Outras estratégias de contra-controle, que denunciam o excesso de trabalho dos psicólogos, aparecem aos atendimentos em grupo, que são utilizados para aumentar a produtividade em comparação com aos atendimentos individuais. Como apontado por

S10, S11, S12, S15, S16 e S18, os atendimentos em grupo compensam o baixo número de atendimentos individuais em um dia

Eles querem que tenha produção, sim, mas o que acontece? Às vezes, eu não atendo oito num dia, mas eu atendo 15 num grupo, que no mínimo seriam cinco, então, eu fiz uma grande compensação. Então, eu vejo que a gente vai compensando (S15).

Essas estratégias de ambos municípios se apresentam diante da impossibilidade de atender, nas condições de tempo e atendimentos que possuem, a demanda encaminhada (o alto número de atendimentos e o curto tempo se juntam a diversidade de problemas que são destinados ao psicólogo). São táticas criadas para lidar com a exploração do trabalho e advém do próprio modo como está organizada a saúde pública. Embora o SUS tenha uma proposta que avance muito em relação à tradicional saúde pública no Brasil, que se inicia no século XIX, ele acaba por se manter preso ao modelo de saúde médico hegemônico que se firma historicamente no país. O BUP é um bom exemplo disso.

Cabe ressaltar que é necessário prestar contas dos serviços realizados nas Unidades de Saúde para a população e para as esferas Estadual e Federal de saúde, não só para que haja repasse financeiro estabelecido mediante contrato. Entretanto, a forma como foi estruturado o BUP não é eficaz e pode ser reestruturado, pensando nas especificidades das profissões e das regiões onde estão situadas as US, buscando romper com esse modelo médico diagnosticador que compreende a eficácia na saúde como um grande número de usuários atendidos segundo uma clínica tradicional. É necessária uma forma de controle que possibilite novas maneiras de trabalhar a saúde, que se preocupe com a questão qualitativa e não só quantitativa, e que possibilite outros modos de inserção dos profissionais de saúde na comunidade e outros modos de relacionamento com os usuários, modos que produzam saúde por trabalhar a qualidade de vida em todos os seus aspectos, e não por diagnosticar e curar doenças.

Do modo como é implementado, o Boletim não é identificado pelos profissionais como uma forma de prestar contas para a população dos serviços financiados com o dinheiro público. Mas sim, é visto como uma forma de controle sobre seu trabalho e de desconhecimento dele. Dessa forma, perde-se de vista uma característica importante

do SUS, que é a transparência e, em conseqüência, a possibilidade das pessoas discutirem sobre a distribuição do financiamento entre profissionais e serviços que mais se adequem à produção local de saúde.

O BUP, da maneira que está colocado nas Unidades, estabelece uma lógica de produção, independente da qualidade. As necessidades de cada usuário, que podem variar, são colocadas de lado e padronizadas, sendo articuladas a um diagnóstico necessário e a formas de atendimento individuais ou grupais. Não há muitas possibilidades para os profissionais atuarem de outra maneira.

A produtividade aparece como uma das questões centrais no trabalho dos psicólogos nas Unidades, uma vez que é o principal parâmetro de avaliação de seu desempenho profissional. É da adoção desse parâmetro que decorrem inúmeras outras questões e impasses que os psicólogos se deparam nas Unidades de Saúde: o ritmo excessivo de trabalho, as pausas breves ou inexistentes, os atendimentos em grupo – visto por vários entrevistados como uma forma de atender um maior número de usuários ao mesmo tempo – e um alto número de curtos atendimentos individuais muito mais próximos do modelo médico tradicional.

É por isso que a atuação desses psicólogos só pode ser pensada quando articulada ao modelo médico em seu sentido tradicional (diagnosticador e produtivista). Se, para a própria atuação médica, esse modelo engessa o trabalho e impossibilita novas formas de compreender a saúde, para o psicólogo traz ainda mais problemas, uma vez que trata-se de uma profissão que possui outros pressupostos e, em termos teóricos, uma outra visão de homem. Assim, a prevalência dessa política produtivista impossibilita que os psicólogos tenham uma inserção na saúde seguindo características próprias.

Esse funcionamento existente nas US só pode ser compreendido em razão da constituição histórica dos serviços médicos e de saúde no Brasil. É por meio dessa contextualização que é possível compreender a própria “submissão” dos psicólogos a esse modelo médico hegemônico de ver e fazer saúde. A Psicologia é tributária de um modelo que é oriundo da medicina não só nesse aspecto produtivista, mas também de uma forma bem mais ampla, como a idéia geral do que é psicólogo clínico – que é

confundida pelos entrevistados como sendo a função deles no serviço público, e que foi amplamente discutida no primeiro capítulo.

Nesse sentido, a atuação do psicólogo no serviço público de saúde só pode ser pensada analisando não apenas as condições de trabalho oferecidas nesses locais, mas também as concepções de saúde e doença que orientam a prática desses profissionais. Este aspecto será o objeto do próximo capítulo.

4 SAÚDE: ENTRE NOVAS CONCEPÇÕES E VELHAS PRÁTICAS

4.1 SAÚDE: MUDANDO OS RUMOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Em termos teóricos, alterações na concepção de saúde e propostas sobre novas formas de intervenção vêm acontecendo desde a década de 1970.

Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde assinalava a importância dos países priorizarem suas políticas públicas de saúde propondo “Saúde para Todos no Ano 2000”, assumindo uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde promoveu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata, reafirmando a saúde como direito do homem, sob a responsabilidade política dos governos (PAIM; FILHO, 1998). Nessa Conferência, 134 países e 67 organismos internacionais se comprometeram com a proposta, elegendo como estratégia privilegiada para operacionalizá-la a “Atenção Primária”. Além disso, é este evento que consagra a definição de saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não apenas a ausência de enfermidades (BRASIL/MS, s/d).

O nível primário de atenção é o primeiro nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde. São medidas deliberadas de indução a uma maior organização ou reorganização da porta de entrada aos serviços de saúde, cujo pressuposto envolve uma alteração no modelo de assistência: predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade e hospitalares (BODSTEIN, 2002).

A atenção básica é definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL/MS, s/d) como:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL/MS, s/d.).

A importância da oferta desses serviços, que são, a partir da descentralização, oferecidos pelos municípios, cresceu enormemente e tornou-os os principais responsáveis pela gestão da rede de serviços de saúde no país. As Unidades de Saúde são os elementos mais significativos dessa rede.

Bodstein (2002) aponta que a estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios, pois a coordenação do incremento da atenção básica é complexa, o que tornam incertos os resultados de implementação do princípio da integralidade, que só pode ser praticado pelo fortalecimento da rede básica de serviços e da mudança do modelo assistencial – objetivo que vai ser buscado pelas Unidades de Saúde que vão se estender em quantidade e alcance da população.

Botazzo (1999) aponta que as Unidades de Saúde foram pensadas, então, para dar resolutividade a quase 80% das intercorrências, funcionando como porta de entrada de um sistema público de serviços de saúde e encaminhando para serviços especializados e internações os casos de maior complexidade, acompanhando grupos, preocupando-se com as questões de vigilância de saúde e realizando a relação política em seu entorno. É na década de 1980 que as Unidades vão ganhar destaque no discurso sanitário.

Com a descentralização dos serviços e recursos e a hierarquização da atenção à saúde, as Unidades de Saúde vão se tornar importantes centros regionais de atenção à comunidade, havendo uma reestruturação desse setor e um aumento do investimento, por parte dos municípios, nelas.

Botazzo (1999) assinala, todavia, que a municipalização não necessariamente colocou o usuário mais próximo do serviço e que, fundamentalmente, a rede de Unidades Básicas construídas nas últimas décadas está longe de assegurar atendimento minimamente resolutivo na escala proposta. Como elas não conseguem cumprir suas funções, há um esmagamento dos hospitais e outros serviços da rede. Outra questão apresentada é que as Unidades não precisam necessariamente de maiores investimentos, e sim de serem bem gerenciadas e merecedoras de cursos de treinamento e 'sensibilização'.

No discurso sanitário, vale dizer, no discurso do poder sanitário, a UBS é pensada como lugar da ordem, da disciplina e das atividades programáticas ou do planejamento regulador. A UBS aparece, assim, com toda a positividade com que é constituída: ela é um conjunto de atribuições e competências que deverão ser exercidas sobre grupos populacionais e num certo sentido. É o lugar de uma dada ciência, um dado saber, uma tecnicidade, uma coisa médica e medicalizada (BOTAZZO, 1999, p. 105).

Dentro dessa visão de tecnicidade, encaixa-se o saber da Psicologia, que será convidada a entrar nas Unidades de Saúde na perspectiva de ocupar um certo local de trabalho e resolver demandas específicas (ou inespecíficas, como veremos), não devendo ultrapassar os limites que lhe foi imposto: o modo que os problemas devem ser resolvidos e os próprios muros da Unidade de Saúde, o que nos leva a perguntar como a Psicologia foi convidada a participar dessa discussão.

Foi em 1978 que a American Psychological Association (APA) reconheceu uma nova área dentro da Psicologia, denominada Psicologia da Saúde, acontecendo por volta dessa época uma sistematização oficial da entrada dos psicólogos nesse campo de atuação (MEJIAS, 1984; SPINK, 1992).

Se na década de 80 o psicólogo começou a ser visto como um profissional importante para a saúde, essa visão partiu de pressupostos normativos e moralizantes, considerando a saúde como a ausência de doença e o indivíduo como a-histórico em seus processos de adoecimento, sendo a Psicologia responsável por provocar mudanças no estilo de vida e em comportamentos que forem considerados incompatíveis com o padrão saudável estabelecido como ideal (MEJIAS, 1984).

Como assinala Dimenstein (1998), a inserção na saúde acontece pelo entrecruzamento de diversos fatores. O primeiro deles é o movimento de difusão da psicanálise e a conseqüente psicologização da sociedade brasileira, que aconteceu, principalmente, a partir dos anos 70, quando a população passou a requisitar cada vez mais os serviços desse profissional. Em segundo, a mudança nas políticas públicas de saúde, cujo processo vai culminar na criação do SUS e na incorporação do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde. Também atuou de forma convergente a insatisfação de vários profissionais que trabalhavam na saúde mental, entre eles os psicólogos, que buscaram por uma alteração do modelo asilar e pela formação de equipes multiprofissionais. Essa busca possibilitou que o psicólogo e outros profissionais fizessem novas propostas e tratamentos que antes eram restritos aos médicos. Além disso, a crise econômica com o fim do “milagre econômico”, ainda no governo militar, afetou a classe média, principal consumidora dos serviços de consultório privado, o que impulsionou aos profissionais buscarem novos mercados de trabalho. Por fim, não se pode deixar de levar em consideração, como determinante para a atuação nesse novo campo de atuação, entre tantos fatores, a busca de práticas mais comprometidas sócio-historicamente e de novas formas de atuação que fossem menos excludentes (DIMENSTEIN, 1998).

Esses fatores permitiram que o psicólogo passasse a ser considerado um profissional parte da rede básica de saúde. A maioria das Unidades de Saúde dos municípios da Serra e de Cariacica possui psicólogos atuando. O crescente número de profissionais inseridos na rede pode ser tomado como um indício de uma demanda cada vez maior.

Entretanto, embora haja número crescente de psicólogos atuando na área da saúde pública, nota-se, como assinala Spink (1992), uma ausência de discussões sobre essa área durante a graduação e um predomínio da ênfase nas aplicações clínicas, aprendidas tradicionalmente, para atuar também na saúde. Como foi visto no capítulo 1, poucos sujeitos consideram que a formação acadêmica forneceu elementos importantes para sua atuação na saúde. Além disso, a identificação entre o trabalho clínico e a atuação na saúde pública, ao longo das entrevistas, demonstra que a saúde é identificada algumas vezes como ausência de doença e como algo individual,

podendo os fatores sociais piorar ou melhorar a saúde, mas não sendo eles diretamente responsáveis pelo adoecimento.¹³

4.2 SAÚDE: DIFERENÇAS ENTRE TEORIA E PRÁTICA

Discutir saúde não é mostrar como esse conceito se mantém ou se modifica ao longo da história dos homens, visto que não existe um mesmo objeto que se transforme e se articule a outros, conservando apenas algumas características principais. Discutir saúde é buscar compreender como esse conceito é criado e recriado, como ele se engendra com o contexto social, provocando rupturas ou reafirmando uma ordem já dominante.

Desde a época de Hipócrates, os aspectos orgânicos, psicológicos e sociais do adoecer e do recuperar-se têm sido foco de estudos e preocupações:

A permanente presença da doença e do sofrimento no cotidiano das pessoas tem gerado a tendência natural de pensar a saúde em termos de ausência de doença, ou seja, como ausência de sinais objetivos de que o corpo não está funcionando adequadamente, e/ou de sintomas subjetivos de mal-estar, doença ou lesão (SARAFINO apud TRAVERSO-YÉPES, 2001 p. 50).

O estudo da saúde está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento da medicina como ciência, alicerçada no modelo biomédico, que prioriza o orgânico e propõe que toda doença ou desordem física pode ser explicada por alterações no processo fisiológico. Esse modelo biomédico tornou-se hegemônico no mundo ocidental, estando presente na maioria das práticas de saúde cuja ênfase encontra-se na cura e na medicalização da vida (TRAVERSO-YÉPES, 2001).

Com isso, o discurso e as práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não mais de saúde, e sim de doença, sendo esta concebida como dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes (CZERESNIA, 2003). Deixa-se, então, de considerar a doença juntamente com o sujeito e seu contexto, colocando em relevo apenas os diagnósticos tipificados baseados nos

¹³ Essa questão será discutida mais adiante.

sintomas, degradando o indivíduo, que é visto de forma fragmentada, isolada e não singular.

Caponi (2003) aponta que dentro dessa visão de saúde como ausência de doença é que passa a ser definido o que é normal, sem alterações e anomalias, e essa normalidade se define em termos de frequência estatística, levando em consideração o que é encontrado com maior frequência na população. As pessoas que se encontram nessa normalidade vão ser consideradas saudáveis e isso vai ser avaliado por medidas externas aos usuários do SUS.

Essa concepção tradicional de saúde, bastante influenciada pelo discurso médico, define as condições para que os sujeitos consigam sobreviver, deixando de pensar a saúde como qualidade de vida (CAMPOS, 2003). Ela fala de uma estabilidade mental e corporal, como se isso pudesse ser conseguido de forma isolada da sociedade. Trata-se o indivíduo para que ele se torne parte da média, sem modificar as relações que são estabelecidas em seu entorno.

Canguilhem (2002) fala da saúde como sendo a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, de tolerar infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações diversas. A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio, seu devir, sua história. “Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (p. 160).

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta, sendo experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem definidas em conceitos neutros e objetivos. Essa reformulação da vida, que ocorre por meio da criação de novas normas, é necessária para que não haja um contínuo processo de adoecimento, que pode paralisar o sujeito, fazendo-o sofrer. É a possibilidade de criar e recriar cotidianamente a si e o mundo, produzindo novas formas de subjetivação.

O conceito de saúde aprovado no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde traz uma definição tão ampla de saúde que, ao considerar o homem em sua integralidade, entrelaça-se com o próprio significado da vida:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL/MS, 1986, p. 4).

Aqui cabe analisar o que os psicólogos entrevistados das US compreendem como saúde. A maioria repetiu a definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – saúde compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social – e esclareceu saber que saúde é um conceito mais amplo do que a ausência de doenças. Ainda que fornecessem esse conceito, vários sujeitos apontaram a dificuldade que possuíam em definir saúde de maneira satisfatória para eles mesmos, como pode ser averiguado na Tabela 11.

Tabela 11 - Definição de saúde

| | | | | |
|-----------|---------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------|
| Cariacica | Suj. 1 | Bem-estar físico, psíquico e social | É mais do que ausência de doenças. | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 2 | Bem-estar físico, psíquico e social | É mais do que ausência de doenças. | |
| | Suj. 3 | Bem-estar físico, psíquico e social | É mais do que ausência de doenças. | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 4 | | É mais do que ausência de doenças. | |
| | Suj. 5 | Bem-estar físico, psíquico e social | | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 6 | | | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 7 | | É mais do que ausência de doenças. | |
| Serra | Suj. 8 | Bem-estar físico, psíquico e social | É mais do que ausência de doenças. | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 9 | Bem-estar físico, psíquico e social | | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 10 | | | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 11 | | | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 12 | Bem-estar físico, psíquico e social | É mais do que ausência de doenças. | |
| | Suj. 13 | | É mais do que ausência de doenças. | |
| | Suj. 14 | Bem-estar físico, psíquico e social | É mais do que ausência de doenças. | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 15 | Bem-estar físico, psíquico e social | | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 16 | Bem-estar físico, psíquico e social | É mais do que ausência de doenças. | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 17 | | É mais do que ausência de doenças. | Difícil definir saúde. |
| | Suj. 18 | Bem-estar físico, psíquico e social | | Difícil definir saúde. |

A amplitude do conceito da OMS somada aos impasses cotidianos enfrentados pelos psicólogos provavelmente dificultam tanto a definição de saúde quanto sua aplicação prática.

Ter uma definição mais ampla de saúde poderia indicar uma mudança importante na forma de ver a saúde e nas práticas relacionadas a ela. Entretanto, apesar desse discurso, o que observou-se nos outros dados das entrevistas é que a saúde é tratada ainda de modo restrito, pois os psicólogos não estão produzindo saúde, e sim tratando doenças. Será mostrado, mais adiante, que todos os usuários que procuram o serviço de Psicologia são tratados em seus problemas, a partir de seus diagnósticos, o que

indica uma contradição entre o que eles compreendem como saúde e a prática que eles afirmam ter como profissionais da saúde.

Isso pode ser visto em algumas falas, que tratam a saúde como modo de organizar a vida (S3, S14 e S17), que parece estar relacionado a conseguir manter-se em um padrão médico que deve ser almejado pela população. Não é organizar a vida de maneira única e singular, mas organizar a vida para que ela se aproxime da estabilidade que deve ser alcançada, como exemplificada pela fala do S3:

Estar apto a executar uma atividade legal e estar bem equilibrado na família, estar ajeitado na sociedade, ter um bom emprego, ter uma família estruturada. Acho que isso é o ser humano saudável. Que eu acho que hoje seja muito difícil esse ser humano totalmente saudável (S3).

Essa frase demonstra a saúde vista a partir de conceitos moralistas, que pregam ideais de saúde, e que só serão atingidos se o indivíduo tiver um estilo de vida aconselhado pelos profissionais. É retirada a possibilidade da pessoa decidir os caminhos que tomará, mesmo que não usuais, pois a proposta é que haja essa padronização na organização da vida de todos.

Ainda dentro desse modelo biomédico encontra-se a prevenção, como é feita atualmente. A prevenção, quando proposta como uma política de saúde pública, visa, em geral, evitar que as pessoas possam vir a desenvolver determinadas doenças, considerando somente o bem-estar físico. Desse modo, essas intervenções não possuem caráter público, não são elaboradas a partir de demandas coletivas. São decisões governamentais visando o controle da população e tendo como pressupostos a cientificidade, a tecnicidade, a previsão e a classificação propostas pela medicina e ciências afins. Mesmo sendo importante, ela não tem como objetivo a promoção da saúde do sujeito em sua integralidade e em seu contexto social. A prevenção coloca-se como problema, por partir de modelos de normalidade, impondo modos de ser e de viver.

Uma fala do S16 é a que mais se aproxima dessa definição tão importante proposta por Canguilhem: ele afirma que saúde não é algo estático, é algo dinâmico. Ao pensar a

saúde dessa forma, não se busca um ideal de saúde, mas a construção cotidiana desse conceito, construção essa que pode ser única e singular, de acordo com cada indivíduo:

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é um bem-estar físico, psíquico e social. Não é algo estático, e é algo dinâmico. Assim, trabalhar saúde pro psicólogo implica numa posição extremamente holística, no meu ponto de vista.(...) Então você tem que pensar no físico. E tem que pensar no social porque o ser humano não é um ser que vive isoladamente. Ele tem um contexto social, político, histórico e geográfico. Então entender essa questão humana, psíquica, emocional, comportamental, implica em pensar em sistemas de vida (...) (Sujeito 16).

Alguns entrevistados (Sujeitos 3, 8, 14 e 15) apresentam uma visão sobre saúde próxima a essa, quando apontam que para o ser humano ter saúde é necessário pensar no sistema político, econômico, em questões de cidadania, em reivindicações dos direitos, ou seja, consideram que o ser humano, para se desenvolver em sua individualidade, precisa de muito mais do que um corpo saudável.

A gente, pelo menos eu trabalho... acredito em saúde como algo mais ampliado, qualidade de vida. A pessoa ter um trabalho e ter alimentação, ter acesso a serviços de saúde, que ainda tem muitas fragilidades, ter uma moradia, nem que seja pagar aluguel, mas que seja uma moradia descente, que meio que a gente não vê muito. (...) Questão cultural, como que afeta a questão da moradia, do bairro, a questão da violência. (...) Eu acho que tudo isso vai afetando a saúde da população que está ali em volta (Sujeito 3).

Saúde eu entendo como bem estar do ser humano. Vamos definir bem estar: mental, social e aí eu estou falando social desde infra-estrutura, toda essa questão relacionada as condições de vida dessa pessoa, financeira, física, espiritual e afetiva (Sujeito 14).

Algumas falas mostram que o conceito de saúde fornecido pela OMS e repetido por vários entrevistados é difícil de ser compreendido como um todo, subdividindo-o de acordo com as diferentes especialidades profissionais:

Por isso acho interessante o trabalho das Unidades, que a gente tem aqui, o trabalho multidisciplinar. O psicólogo, para trabalhar as questões emocionais. A gente tem o assistente social pra ter uma visão social do ser humano, dessa realidade, onde ela vive, de que forma ela pode estar interferindo na questão das cidadanias e do direito, aqui a gente também tem, obviamente, o médico clínico pra dar esse respaldo físico. O psiquiatra também é necessário para ver essas questões um pouco mais complexas, o transtorno propriamente dito. Então essa multidisciplinaridade é importante pra se ver a saúde como um todo, o indivíduo como um todo, cada um dentro de sua especificidade (S2).

Isso mostra um conceito estático de saúde, paralisado, fragmentado, o que aponta para a dificuldade de concretização desse conceito na prática. Outros explicitam essa dificuldade afirmando a impossibilidade de se conceituar saúde de forma ampla:

Acho que por definição não deve existir uma definição de saúde. Eu acho que é uma pergunta que não tem uma resposta particular (S10).

Inclusive, como foi colocado anteriormente, é complicado pensar que o objeto de trabalho dos psicólogos não tenha nenhuma definição, ou que haja dificuldade em defini-lo (Tabela 11, p. 121). Mais discussões sobre o que é saúde e a aceitação de que é uma definição ampla que pode ser concretizada de diversas maneiras poderiam levar os psicólogos a pensar em novas formas de trabalhar com a saúde, formas que não ficariam restritas ao tratamento da doença. Cria-se, então, uma relação dicotômica entre saúde/doença, na qual a intervenção do psicólogo ocorrerá sobre esta última.

A promoção de saúde não é colocada em cena na atuação dos psicólogos, o que pode justificar o pouco contato que eles possuem com o bairro em que trabalham, ficando as atividades limitadas aos atendimentos dentro das US. Esses dados sobre o conhecimento do entorno da Unidade serão apresentado posteriormente, na Tabela 15 (p. 135).

Os psicólogos não percebem a contradição entre essa concepção de saúde e o trabalho que estão fazendo com os usuários das Unidades, trabalho voltado para o adoecimento. Falar em saúde não é dar ênfase ao processo de cura, mas ao processo de invenção de saúde; é tornar os usuários protagonistas de sua vida, passíveis de criar novas normas de vida, de modificar o que adocece; é ser capaz de questionar e de repensar as questões que afetam o seu modo de estar no mundo (questões políticas, econômicas e sociais).

Pode-se abrir novas possibilidades para além da díade saúde/doença, o que permitiria pensar no sujeito concreto e não em padrões ideais. É não pensar em grupos de doentes (obesos, idosos, entre outros) e em diagnósticos (histéricas, depressivos, entre outros), e sim em indivíduos que constroem ativamente a própria história em um determinado contexto social.

As concepções acima, pensadas pelo viés da eficácia econômica, produzem uma avaliação das Unidades apenas pela produtividade. Ou seja, o trabalho de saúde no nível básico é medido pelo número de procedimentos clínicos que realiza.

Além disso, uma outra importante questão, embora não perguntada diretamente para os sujeitos, se faz presente, de maneira representativa, quando o que é saúde é discutido: a medicalização, que aparece nas entrevistas como conceito próximo ao de saúde.

A assistência à saúde permanece como alternativa para problemas sociais e econômicos da população, que vêm nos médicos ou nos outros profissionais, como os psicólogos, uma resposta para seus problemas individuais e passíveis de serem curados por meio dos remédios. Ou seja, é a persistência do modelo medicalizante nas Unidades de Saúde, apesar dos avanços ocorridos na saúde pública brasileira.

Inclusive, essa questão é apontada hoje por vários sujeitos entrevistados nas Unidades de Saúde, como pode ser visto na Tabela 12.

Tabela 12 - Medicalização dos usuários das Unidades de Saúde

| | | |
|-----------|---------|---|
| Cariacica | Suj. 1 | Afirmou que os usuários que ele atende (crianças) raramente chegam medicalizados. |
| | Suj. 2 | Apontou que a preocupação dos médicos é passar remédio, e dos usuários é buscar remédio para tomar. Também disse existir casos que a família toda se auto-medica, e alguns usuários que pegam remédio controlado no posto o dividem com mães, amigos e até animais. |
| | Suj. 3 | Relatou que a clientela da US é muito medicalizada, possuindo dependência de benzodiazepínicos. |
| | Suj. 4 | Narrou que os usuários que são egressos de hospital psiquiátrico chegam muito medicalizados. |
| | Suj. 5 | Afirmou que os usuários que ele atende (crianças) raramente chegam medicalizados. |
| | Suj. 6 | Contou que há dependência muito grande de benzodiazepínicos e que os usuários vão até a Unidade de Saúde e marcam consultas objetivando conseguir remédios. |
| | Suj. 7 | Disse atender grupos específicos, como hipertensos, que tomam medicamentos devido ao problema de saúde. |
| Serra | Suj. 8 | Afirmou que a maioria dos usuários toma diazepam e que os usuários estão trocando o pão, pela medicação. |
| | Suj. 9 | Afirmou que as pessoas procuram muito pela medicação porque querem resultados imediatos. |
| | Suj. 10 | Não falou sobre isso. |
| | Suj. 11 | Disse que o diazepam é muito procurado (“rola solto” – <i>expressão usada pelo entrevistado</i>) e vem suprir as necessidades financeiras e os problemas econômicos. |
| | Suj. 12 | Não falou sobre isso. |
| | Suj. 13 | Não falou sobre isso. |
| | Suj. 14 | Afirmou que os pacientes procuram muito o serviço de psiquiatra para poder tomar remédio. |
| | Suj. 15 | Apontou que a maioria dos usuários tomam medicação, como se a cura viesse pelo remédio. Alguns conseguem diminuir o remédio depois de um tempo. |
| | Suj. 16 | Disse que geralmente os pacientes tomam diazepam ou rivotril, devido à dificuldade de se relacionar com as pessoas. |
| | Suj. 17 | Afirmou que os usuários tomam muitos remédios para ansiedade, que é gerada pelo “corre-corre” da vida, pelos conflitos pessoais, familiares e pela violência. |
| | Suj. 18 | Afirmou que os usuários tomam muito remédio, principalmente por causa de problemas de relacionamento e depressão. |

O remédio como alternativa é tão presente em quase todas as Unidades de Saúde, que os profissionais que lá trabalham chamam o diazepam de diazepão, explicitando em suas falas que o remédio é buscado por todos como forma de substituir o pão, que seria o alimento. Os remédios são tão difundidos no dia-a-dia dos pacientes que muitos preferem o remédio às consultas e tratamentos na US, como exemplificado pelas falas abaixo:

A maioria que chega aqui já está com diazepam. Então, na reunião de saúde mental, o psiquiatra até falou que achava que tinha que mudar o nome do diazepam pra diazepão, porque eles tão procurando a necessidade do pão na necessidade da medicação. Tenho fome, eu tomo um diazepam que eu pego na Unidade, que é gratuito, ao invés de comprar o meu pão pra matar a fome, porque eu não tenho dinheiro pra matar a fome. Então essa tristeza da vida você tampa ela com psicoterapia e com psicotrópicos. (...) Essa coisa do mundo que fala hoje, dessa coisa muito imediata, né. Então, nada... os problemas não tem que ser resolvidos na vida. Se eu estou triste por causa de um problema que eu tenho, eu tomo um Diazepam, tomo uma fluoxetina e vou ficar bem. O problema permanece. Não, o problema tem que ser resolvido. Você vai tomar medicação em um caso ou outro, né. Mas a questão de resolver muito rápido, resolve muito rápido é com a medicação.. você toma a medicação e já está se sentindo bem. E resolver um problema você tem que encarar a coisa de frente, leva tempo, não vai ser de uma hora para outra. Então as pessoas não querem resolver seus problemas, elas querem medicação. Porque medicação, eu tomei hoje, eu estou bem. Há uma medicalização imensa. E pior que depois que eles caem nisso, eles não querem sair mais, porque é muito cômodo (Sujeito 8).

É o diazepam que rola solto.. porque.. a violência, as dificuldades mesmo. (...) É porque é muito procurado. 'Estou muito nervosa, problema de nervos, to muito nervosa'. Então a gente passa diazepam. A gente passa diazepão. Ele vem suprir, na verdade, o pão. São as dificuldades financeiras. É difícil, então, toma diazepam (Sujeito 11).

Ah, eles vão muito para o psiquiatra. Essa quantidade de pessoas que tomam medicação, eu estranhei muito quando eu vim para cá. É muito remédio! Como se a cura viesse pelo remédio (Sujeito 15).

Falas de outros dois entrevistados chamam a atenção pela análise que eles fazem acerca do uso do medicamento. Muitos usuários pegam receitas com profissionais da medicina, entretanto, não compreendem o modo que o remédio deve ser usado, ficando a cargo do psicólogo, em seu atendimento, fornecer uma explicação e averiguar o uso do medicamento, como afirma o Sujeito 11:

(...) Então dá sim pra saber se ele foi, se ta tomando tal remédio, se ta tomando certo o remédio. É uma coisa que acontece com a gente direto: ele pega a receita e não sabe como usar. A gente vai, lê a bula, escreve na caixa do remédio tal hora. (...)

A necessidade desse tipo de intervenção por parte do psicólogo indica uma tensão, talvez não explicitada, quando o saber médico se depara com o saber do usuário (usualmente deixado a parte). Isto pode ocorrer pela grande quantidade de pessoas que esses profissionais precisam atender diariamente ou por outras questões que são levantadas ao longo dessa pesquisa ao se referir ao atendimento clínico tradicional e à questão de saber/poder dos profissionais em relação às outras pessoas.

A importância que o remédio assume no cotidiano das pessoas, aliada a desinformação sobre o uso e suas conseqüências, leva a situações não previstas pelos profissionais da saúde, que indicam a necessidade de repensar a atuação dos médicos e de outros trabalhadores da área, como aponta o relato do sujeito 2:

(...) A gente teve uma história aqui da mulher que dava remédio para o porco.. era diazepam... ela dava pro porco. Falava que o porco tava estressado. Então a gente tem muito isso, né. Família toda que se auto-medica.

A saúde e os remédios ocupam a função de minimizar sofrimentos e doenças que são causadas pelo próprio modo de funcionamento da sociedade. Ao impedir que parte da população tenha acesso à saúde, à educação, ao trabalho, à moradia e a condições dignas de vida são provocados uma série de adoecimentos, que serão tratados de forma individual, responsabilizando cada usuário por esses problemas de ordem econômica e política e medicalizando-os de forma eficaz para que eles continuem passivos e submissos a esse sistema capitalista excludente.

4.2.1 As demandas, os diagnósticos e a manutenção do modelo biomédico

Para falar da demanda para o serviço de Psicologia nas Unidades de Saúde, dos diagnósticos que os profissionais fazem a partir dessa demanda e das formas de atendimento realizadas torna-se necessário compreender o modelo biomédico e como ele influencia e se mantém presente de diversas formas no trabalho dos psicólogos na Unidade, apesar de haver toda uma discussão na academia, há algum tempo, que o questiona.

O modelo biomédico tem seus alicerces durante os séculos XVIII e XIX, com o significativo aumento do conhecimento médico juntamente à crença na divisão cartesiana do corpo e mente como entidades separadas. É um modelo que prioriza o orgânico e propõe que toda doença ou desordem física pode ser explicada por questões de ordem biológica/fisiológica (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Chiapinotto, Fait e Junior (2007) apontam que a partir desse modelo ocorre toda uma nova organização da assistência médica, com ênfase em aspectos curativos, sendo privilegiado o estudo do processo fisiopatológico do desenvolvimento das doenças. É esse modelo que concebe a saúde somente como ausência de doenças.

No modelo biomédico, o profissional seleciona no conjunto de sintomas descritos pelo paciente quais devem ser valorizados por contribuírem para formular o diagnóstico. Esse modelo é tão comum na fala dos entrevistados, que vários se referem aos usuários pelo seu diagnóstico, além de servir de base para a escolha do tipo de atendimento que o paciente irá receber, por exemplo, de que grupo terapêutico fará parte. Isso está evidenciado na fala do S8 e S9:

Eu tenho um grupo de transtorno mental grave. (...) Hoje tem o grupo de mulheres, que eu chamo de grupo de mulheres, não vou chamar de histéricas, mas é o perfil do grupo, é esse. Só mulheres, elas têm as mesmas demandas, uma idade muito parecida, em torno de 38 a 44 anos, essa é a idade das histerias que batem aqui, e geralmente com essa demanda.. inclusive elas têm crises histéricas mesmo, as vezes de entrar em tremores no serviço, aqueles ataques, desmaios, esse perfil assim. Eu estou com esses dois grupos (Sujeito 8).

(Sobre como são formados os grupos): A gente tenta formar de acordo com o diagnóstico que a gente tem aí. O que está nos olhos da gente na nossa lista de espera. Porque a lista de espera consta nome, telefone, bairro e alguma coisa assim, simples, do diagnóstico (Sujeito 9).

Esse modelo tornou-se hegemônico na saúde, passando a ser considerado ditador de verdades sobre as pessoas, seus corpos e suas doenças, e expandiu-se para as outras profissões da área, que não só a medicina, como aponta Spink (1992):

O modelo médico vigente está embasado no paradigma da medicina científica, ou seja, no corpo de conhecimentos derivados empiricamente e que é compartilhado como “verdade” pelo conjunto de profissionais médicos. (...) Essa hegemonia reflete, antes de mais nada, a aceitação da autoridade do profissional na relação com o paciente, fruto da formação clínica predominante entre os psicólogos. (...) Reflete, ainda, a crença na verdade absoluta das ciências naturais. Estando o saber médico embasado nesta verdade, a variância e o desvio da norma deverão ser buscado algures, ou seja, no paciente (SPINK, pg. 34/35).

A Psicologia tem privilegiado a etiologia biologicista e a divisão/interação corpo-mente-ambiente, no lugar de uma visão integrada do indivíduo (TRAVERSO-YÉPES, 2001), o que vai ao encontro das regras de trabalho colocadas nas Unidades para todos os

profissionais, que também perpetua essa visão – pouco tempo de atendimento, muitos pacientes, necessidade de fazer diagnóstico desde o primeiro encontro.

O Boletim Único de Produtividade, proposto pelo Ministério da Saúde, segue toda essa lógica médica e a estende para todos os outros profissionais da saúde. Como já discutido, ao propor que cada profissional possua meia hora para fazer um diagnóstico (reafirmando a importância de se descobrir uma doença ou um problema, ao invés de pensar a saúde de uma nova forma) e ao colocar como possibilidades de atendimento para o psicólogo, a psicoterapia (individual ou em grupo) e um número mínimo de pacientes a serem atendidos diariamente, há o reforço de uma modalidade de trabalho que vai ser uma reprodução do trabalho médico, reduzindo cada pessoa a um diagnóstico e isolando-a da comunidade em que vive e de uma produção de saúde.

Está bem claro nas Unidades que o psicólogo ocupou o lugar de especialista, que desvaloriza o saber do outro e que reduz o indivíduo aos seus problemas e doenças. A Psicologia acaba por repetir um mesmo modelo tradicional, ao invés de criar novas relações e participar de rupturas. A partir da análise da Tabela 13 (p. 131), que mostra os problemas que os usuários apresentam ao procurar os psicólogos nas Unidades, há fortes indícios de que eles estão reproduzindo o modelo biomédico. A demanda foi agrupada por diagnósticos próximos, que foram detalhados nos índices.

Tabela 13 - Queixas e problemas que os psicólogos são chamados a resolver nas Unidades de Saúde

| | | Problemas de relacionamento ¹⁴ | Crianças com comportamentos indesejados ¹⁵ | Crianças com problemas escolares ¹⁶ | Adultos com comportamentos indesejados ¹⁷ | Transtornos mentais ¹⁸ | Vítimas de violência ¹⁹ | Outras questões ²⁰ |
|-----------|--------------|---|---|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| CARIACICA | Suj. 1 | X | | X | | | | |
| | Suj. 2 | X | | | X | X | | |
| | Suj. 3 | X | | | | X | X | |
| | Suj. 4 | | | | | X | X | |
| | Suj. 5 | X | X | X | | X | X | |
| | Suj. 6 | | | | | X | X | |
| | Suj. 7 | | | | | | X | |
| SERRA | Suj. 8 | X | X | X | X | X | X | X |
| | Suj. 9 | X | X | | X | X | | X |
| | Suj. 10 | X | X | X | X | X | | X |
| | Suj. 11 | | X | X | | X | | X |
| | Suj. 12 | | | X | | X | X | |
| | Suj. 13 | X | | X | | X | | |
| | Suj. 14 | | X | X | | X | | |
| | Suj. 15 | X | X | | | X | X | X |
| | Suj. 16 | X | X | X | | X | | |
| | Suj. 17 | | X | X | | X | X | X |
| | Suj. 18 | X | | X | | X | X | X |
| | Total | 11 | 9 | 11 | 4 | 16 | 10 | 7 |

¹⁴ Problemas de dinâmica familiar, dificuldade de relacionamento com parceiros e amigos, dificuldade de contato social, desestrutura familiar;

¹⁵ Hiperatividade, agressividade, “estrutura homossexual”, distúrbio de desenvolvimento da afetividade, desvio de conduta, criança que briga, criança que desacata os pais, criança que não tem limite;

¹⁶ Problemas de Aprendizagem, “síndrome do não copio” (a criança não quer copiar o que o professor escreve no quadro);

¹⁷ Se trancar no quarto, nervosismo, crise/incapacidade para o trabalho, agressividade;

¹⁸ Transtornos mentais graves, transtornos mentais leves, início de surto, depressão leve e aguda, esquizofrenia, transtorno de ansiedade, agorafobia, histeria, transtornos psiquiátricos, crise de pânico, obsessivos, neuróticos, tentativa de suicídio;

¹⁹ Violência sexual, pais assassinados, violência doméstica;

²⁰ Cada item teve três citações ou menos: Casos para APAE, conscientização de famílias de pacientes, pacientes com câncer, problemas psíquicos, crianças carentes, falta de perspectiva na vida, conflitos pessoais, pacientes sem doenças físicas, questões sexuais, transtornos alimentares (obesidade, bulimia e anorexia), dependência química (Benzodiazepínicos, alcoolista, drogadicto), doenças crônicas (Diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase).

Essas demandas, como pode ser observado, não falam das pessoas, mas dos diagnósticos que recebem. Falam de problemas colocados em termos individuais, como os comportamentos inadequados das crianças, as depressões ou incapacidade para o trabalho, sem questionar o significado desses comportamentos e rótulos, o que os produz naquela história de vida.

Em sua maioria, os psicólogos pesquisados não questionam a naturalização de determinados comportamentos e expectativas sobre a clientela, mas atuam para minimizar ou modificar os comportamentos considerados impróprios. A falta de perspectiva na vida, por exemplo, é tratada em terapia ou em grupos, mas sempre de forma isolada, individual, como se trabalhando somente a pessoa ela fosse capaz de melhorar ou mudar o que está a sua volta, não sendo um problema de produção social. Outras demandas, como a das crianças com problemas escolares, são devolvidas em sua maior parte – não há atendimento, pois eles são psicólogos da saúde, não da educação, separação que fica muito clara, principalmente no município da Serra. A fragmentação da Psicologia explica a separação do mal-estar humano em áreas distintas e incomunicáveis entre si.

Outra questão apontada durante as entrevistas por todos os psicólogos de ambos os municípios é que eles atuam apenas no interior das US (com exceção à visita domiciliar, que acontece esporadicamente). Eles explicam a impossibilidade de atuar fora do espaço físico da US pelo excesso de demanda de usuários em busca de atendimentos no serviço de Psicologia, o que não possibilita outro tipo de contato e inserção na comunidade. Outro item apontado é que não há espaço no BUP para essas formas alternativas de trabalho. Esses dados podem ser vistos na Tabela 14.

Tabela 14 - Trabalhos e contatos realizados fora do espaço físico da Unidade de Saúde

| | | | |
|-----------|---------|---|---|
| Cariacica | Suj. 1 | Não há trabalho e contato externo | Os atendimentos dentro da US já são muito cansativos. |
| | Suj. 2 | Não há trabalho e contato externo | Não explicou porque. |
| | Suj. 3 | Não há trabalho e contato externo | Falta de tempo. |
| | Suj. 4 | Não há trabalho e contato externo | Excesso de usuários para atender. |
| | Suj. 5 | Não há trabalho e contato externo | Não explicou porque. |
| | Suj. 6 | Não há trabalho e contato externo | Excesso de usuários para atender. |
| | Suj. 7 | Não há trabalho e contato externo | Não explicou porque. |
| Serra | Suj. 8 | Não há trabalho e contato externo | Excesso de usuários para atender. |
| | Suj. 9 | Não há trabalho e contato externo | Excesso de usuários para atender. |
| | Suj. 10 | Não há trabalho e contato externo ²¹ | Excesso de usuários para atender. |
| | Suj. 11 | Não há trabalho e contato externo | Excesso de usuários para atender. |
| | Suj. 12 | Não há trabalho e contato externo | Não explicou porque. |
| | Suj. 13 | Não há trabalho e contato externo | Não explicou porque. |
| | Suj. 14 | Não há trabalho e contato externo ²² | Excesso de usuários para atender. |
| | Suj. 15 | Não há trabalho e contato externo | Não explicou porque. |
| | Suj. 16 | Não há trabalho e contato externo ²³ | Excesso de usuários para atender. |
| | Suj. 17 | Não há trabalho e contato externo | Falta de tempo. |
| | Suj. 18 | Não há trabalho e contato externo | Excesso de usuários para atender. |

Nenhum psicólogo realizar trabalhos externos, como reuniões, palestras ou outras formas de trabalho e parcerias com a comunidade e isso pode ser um indício de que o trabalho do psicólogo continua sendo visto como clínico, de atendimentos pontuais.

A enorme demanda e a falta de tempo não deixarão de existir enquanto os profissionais não romperem com essa lógica de trabalho. O contato com a comunidade, que deveria ser um dos princípios para guiar a construção do trabalho em saúde, não é feito, sendo os modelos de atuação do psicólogo nas Unidades construídos à revelia da população que receberá esses cuidados.

Traverso-Yepes e Morais (2004) assinalam que o modelo biomédico utilizado dá ênfase ao biológico, deixando de ligá-lo ao psicológico e ao social, pois é a partir desse contexto que os pacientes processam suas experiências. No caso dos psicólogos, eles possuem uma concepção do fenômeno psicológico isolado de todo o resto, fenômeno a-histórico, que nasce com o indivíduo e se desenvolve sozinho (a ênfase no trabalho

²¹ Possui contato com a escola e o Conselho Tutelar, quando estes vão até a US.

²² Possui contato com o líder comunitário, que sempre vai a US.

²³ Possui contato com o Conselho Tutelar, quando este vai até a US.

clínico e no diagnóstico feito para cada usuário desde o primeiro atendimento aponta essa separação).

O tratamento de fenômenos da esfera psíquica ou mental acontece sem a necessidade de compreender tais fenômenos a partir de suas multideterminações, ou seja, sem considerar o contexto social, econômico e político no qual o indivíduo está imerso (SPINK, 1992; DIMENSTEIN, 1998; BOCK, 1999).

Ao constatar essa distância entre população atendida e psicólogos, conclui-se que as características da população atendida e suas necessidades não são levadas em consideração, utilizando para a resolução dos problemas as técnicas aprendidas na formação e que são voltadas, principalmente, para uma classe sócio-econômica abastada e consumidora de práticas psicológicas.

Os psicólogos têm crenças sobre a população atendida e sobre o modelo de família, que dificultam os trabalhos. Acredita-se na existência de uma natureza humana universal. Não se percebe que eles partilham de visões de mundo, crenças, subjetividades e culturas diferentes (DIMENSTEIN, 1998).

Quando questionados sobre o conhecimento que eles possuem da história dos bairros que ficam entorno das US, a maioria dos psicólogos afirmou não conhecer (Tabela 15). Os que conhecem relatam ter morado no bairro ou no município, o que contribui para a compreensão de como aquelas comunidades foram se formando.

Tabela 15 – Conhecimento da história dos bairros ao redor da Unidade de Saúde e importância que atribuem a ter esse conhecimento.

| - Conhecimento da história dos bairros ao redor da US | | - Importância de ter esse conhecimento | |
|--|----------------|---|--|
| Cariacica | Suj. 1 | Conhece a história dos bairros | Não modifica o trabalho |
| | Suj. 2 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 3 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 4 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 5 | Conhece a história dos bairros | Não modifica o trabalho |
| | Suj. 6 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 7 | Não conhece a história dos bairros | - |
| Serra | Suj. 8 | Conhece a história dos bairros | Não modifica o trabalho |
| | Suj. 9 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 10 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 11 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 12 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 13 | Conhece a história dos bairros | Não modifica o trabalho |
| | Suj. 14 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 15 | Conhece a história dos bairros | Modifica o trabalho, ajudando a lidar com alguns casos, como os de violência |
| | Suj. 16 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 17 | Não conhece a história dos bairros | - |
| | Suj. 18 | Não conhece a história dos bairros | - |

Entretanto, apesar de os outros entrevistados afirmarem não conhecer, eles contam vários pequenos fatos sobre o dia-a-dia das comunidades, sobre associações de moradores ou sobre movimentos sociais.

Aos psicólogos que afirmaram conhecer a história dos bairros em volta da US foi perguntado se ao seu ver essas informações modificavam o atendimento oferecido. Apenas o sujeito 15 respondeu afirmativamente, pois, em sua opinião, o ajudava a lidar com os casos de violência. Esses dados permitem inferir que as técnicas usadas e as formas de trabalho independem do contexto social e do momento histórico, pois podem ser reproduzidas em qualquer lugar e em quase todas as situações, como aponta o modelo biomédico predominante.

O conhecimento do contexto social não contribuiria, portanto, para formular novas formas de intervenção e produção de saúde. É como se o contexto social fosse apenas

mais uma característica dos indivíduos ou do local de trabalho. Característica essa de pouca influência, portanto, não fundamental.

Como afirma Spink (1992):

A incorporação do social se dá, portanto, de forma reducionista atendendo-se muitas vezes a categorias estanques como classe social que, embora permitindo a manipulação estatística das variáveis, não contribuem para a compreensão do social como processo (p. 16).

Os psicólogos atribuem a inexistência de um contato maior com a comunidade aos mesmos motivos que os levam a não conseguir estabelecer outras formas de trabalho e parcerias que ultrapassem os muros das US. Esses dados estão colocados na Tabela 15 (p. 135).

Entretanto, a análise desses motivos remete à questão da produtividade, ou seja, é uma lógica produzida pelo modo como está organizado o sistema de saúde público.

A lógica da produtividade – que reafirma um modelo biomédico de funcionamento e de saber sobre o outro - articulada a história clínica e individual da Psicologia – ensinada nos cursos de graduação –, dificilmente poderia produzir outros saberes e práticas de saúde.

A falta de mapeamento das comunidades em volta, seus recursos e suas necessidades mostra-se clara também ao voltarmos a questão da lista de prioridades a serem atendidas, que indica que essa lista foi feita a revelia de um conhecimento mais específico sobre os bairros atendidos e sem ouvir a população, o que poderia potencializar o trabalho dos psicólogos e outros profissionais na saúde.

Chiapinotto, Fait e Júnior (2007) apontam que nas Unidades de Saúde pouco se discutem as questões sobre a função do serviço, estando o ato da reflexão dissociado do trabalho. Essa dissociação mostra-se clara nas Unidades, uma vez que os usuários solicitam a resolução dos seus problemas de saúde e os trabalhadores respondem de forma automática (aprendizado da resposta ao pedido). Pois percebem que nem sempre as tecnologias disponíveis (medicamentos, curativos, exames, consultas especializadas) atendem às necessidades das pessoas, o que gera sofrimento. Assim,

respondendo a partir de generalizações, há um movimento de cristalização de determinada forma de significação do outro e perde-se a capacidade de distinção e compreensão da dinâmica do processo saúde e doença em jogo.

Pesquisa feita por Chiapinotto, Fait e Júnior (2007) com profissionais da saúde mental aponta uma insatisfação com a grande demanda e a enorme variedade de problemas que ela traz, o que gera sofrimento para os profissionais da saúde.

Nesse emaranhado de descontentamentos, há a manutenção de uma situação que inviabiliza a problematização e construção de outras formas de trabalho, assim a responsabilização pelo coletivo se esvazia, restando uma culpabilização do indivíduo (CHIAPINOTTO; FAIT; JÚNIOR, 2007).

O psicólogo permanece no lugar de saber puramente técnico sobre o outro, reproduzindo a crença de que os problemas das pessoas são ocasionados por fatores psíquicos e não respeitando as diferentes condições humanas, nem valorizando outras formas de conhecimento.

A dificuldade de pensar uma outra forma de atuação para os psicólogos, que possa levar em consideração o homem em sua integralidade, é um fato constantemente apontado. Romper com essa lógica tecnicista e supostamente neutra que está enraizada no saber e prática psicológicos é um grande desafio, como aponta Nascimento, Manzini e Bocco (2006):

Pensar a reinvenção das práticas psi diante desse quadro implica uma constante resistência a essa lógica que tenta mostrar uma única forma de fazer psicologia, tecnicista e compartimentada. É preciso sair do fazer sobre-implicado que a lógica produtiva procura impor ao promover um sobretrabalho e ativismo da prática que terminam por impossibilitar as análises sobre nossos fazeres e implicações (p. 19).

Além disso, a quantidade e a diversidade da demanda também merecem ser enfocadas.

Em Cariacica, a lista de espera para o serviço de Psicologia já chegou a ter mais de dois mil nomes²⁴. Na Serra, apesar de não terem sido mencionados números, foram mostradas durante as entrevistas listas enormes, que também compõem essa fila²⁵. Esse excesso de demanda frente aos poucos profissionais leva, como já apontavam Chiapinotto, Fait e Júnior (2007), a uma controvérsia em relação à prioridade do trabalho diante da impossibilidade de atender a todas as demandas.

Como apontam Pinheiro et al (2005):

Os modelos explicativos predominantes para definir demandas (sejam pautados na racionalidade econômica, sejam pautados na racionalidade biomédica) apresentam um traço em comum: a redução do sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem, cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados advindos das duas racionalidades (p. 15).

A análise da demanda recai nas naturalizações entre saúde e sociedade, ao invés de buscar o reconhecimento e a compreensão dos motivos da formação de tais demandas nos contextos social, político e cultural que estão inseridos (PINHEIRO et al, 2005). Para que haja uma definição das demandas é necessário um diálogo entre os saberes técnicos e populares para desconstruir o caráter naturalizado das necessidades das populações (PINHEIRO et al, 2005).

Essa construção com a população não acontece e o lugar de especialista que o psicólogo ocupa, como responsável por tanta diversidade de problemas e pessoas, produz uma demanda específica, que não é vista como uma construção social, e sim como algo natural. Ao mesmo tempo, outras demandas não menos importantes, que poderiam emergir, são ignoradas.

Um fato importante a ser considerado é que a demanda se constrói a partir da oferta (DONZELOT, 1984), pois ninguém demanda aquilo que sabe que não poderá ser obtido no serviço de saúde. Outro aspecto a ser considerado é que alguns produtos do serviço são associados à solução de alguns problemas, e por isso são mais requisitados.

²⁴ Informação obtida em conversa informal com a coordenadora de Saúde Mental do município de Cariacica.

²⁵ Esses dados não são precisos, mas foram citados por sete dos onze sujeitos entrevistados na Serra, como por exemplo o S8, que afirmou que o tempo de espera para atendimento é de cerca de dois anos e o S9, que apontou achar que existem cerca de 300 a 400 nomes nessa lista de espera.

Franco e Merhy (2005) enfatizam que a centralidade da produção da saúde com base no procedimento, proveniente do modelo biomédico e do reducionismo da prática clínica, atinge o modo como os profissionais e usuários percebem o serviço de saúde, criando processos de subjetivação, que produzem neles uma dada forma de ver e se relacionar com o mundo da saúde. Isso explica a procura preferencial por atendimentos individuais, a busca por uma clínica psicoterápica tradicional e a alta medicalização. Se a saúde baseada no cuidado-procedimento foi socialmente produzida, outras relações podem ser construídas também, possibilitando uma nova forma de fazer saúde, o que só seria possível a partir da modificação do modelo médico hegemônico e da desconstrução dessa demanda naturalizada.

A demanda chega até o serviço de Psicologia de diversas formas (Tabela 16):

Tabela 16 - Como a clientela chega ao serviço de Psicologia

| | | |
|------------------|---|---|
| Cariacica | 1. Demanda espontânea procura a US, passa por triagem com assistente social, que encaminha para o serviço de Psicologia. | 6. CAPs encaminha usuários com transtornos mentais leves. |
| | 2. Conselho Tutelar encaminha crianças com problemas de dinâmica familiar, problemas de aprendizagem e crianças vítimas de violência. | 7. Escolas encaminham problemas de aprendizagem, hiperatividade e situações de violência sexual |
| | 3. Equipe do PSF encaminha pacientes considerados graves. | 8. Recanto de Atendimento ao Menor (REAME) encaminha crianças vítimas de violência sexual |
| | 4. Psiquiatras encaminham egressos de hospitais psiquiátricos, pacientes com queixas inespecíficas e casos como bulimia. | 9. Médicos encaminham diabéticos e hipertensos. |
| | 5. Outras Unidades de saúde que não possuem psicólogos encaminham casos que acham necessários. | |
| Serra | 1. Demanda espontânea procura a US, passa por triagem com assistente social, que encaminha para o serviço de Psicologia. | 4. Pais levam crianças com distúrbios de desenvolvimento da afetividade ou agressividade. |
| | 2. Escola encaminha crianças com problemas de aprendizagem, com hiperatividade, problemas de comportamento e conflitos familiares | 5. Conselho Tutelar encaminha crianças com dificuldades escolares e problemas de aprendizagem. |
| | 3. Médicos encaminham pacientes com diagnóstico de depressão, tuberculose, hanseníase, diabetes, pacientes ansiosos e/ou que choram muito durante a consulta, pacientes que os procuram, mas não possuem doenças físicas, tentativas de suicídio. | 6. Psiquiatras encaminham egressos de hospitais psiquiátricos; |

Tanto o modo como essa demanda aparece no serviço público, bem como os casos que são encaminhados, são bastante heterogêneos. Os encaminhamentos partem de diversos locais, como escolas. Entretanto, esse tipo de encaminhamento não é questionado – por exemplo, qual a implicação que a escola deve ter ao encaminhar tantos alunos com problemas de aprendizagem e hiperatividade. Esses encaminhamentos são aceitos e os alunos são trabalhados individualmente ou em grupo, estando a escola isenta de responsabilidade.

Uma outra demanda que deve ser analisada é a chamada demanda espontânea, embora não exista demanda espontânea de fato na procura pelos serviços de saúde. Assim são denominadas as pessoas que buscam atendimento psicológico nas US sem terem sido encaminhadas por um outro profissional ou por instituição. Assim, independente do encaminhamento, os usuários procuram o serviço de Psicologia ou qualquer outro serviço para atender às necessidades constituídas sócio-historicamente pelo próprio sistema de saúde. Entretanto, pouco se pode inferir na presente pesquisa sobre os usuários dos serviços de Psicologia. São necessárias outras investigações para compreender essa demanda designada “espontânea”.

Além disso, essa variedade de usuários que chegam até o serviço é considerada um problema por parte dos entrevistados. Pois como atender tantas pessoas e demandas tão diversas? Essa dificuldade é exemplificada pela fala do Sujeito 8, da Serra “meu paciente mais novo tem 2 anos, e o mais velho, 70 anos”.

Há também uma inespecificidade das queixas e das diferentes questões sociais que os psicólogos encontram, somada a uma alta rotatividade da clientela, que procura um serviço rápido, como o modelo médico. Como é passível perceber na Tabela 13 (p. 131), que esmiúça a amplitude das queixas que levam ao encaminhamento para o serviço de Psicologia, pode-se supor que os médicos enviam para os psicólogos tudo que não pode ser curado pelo seu saber. Diante dessa avalanche de demanda, os psicólogos demonstram perplexidade, exatamente por não conseguirem lidar com todos os aspectos das queixas.

Muitas demandas são sociais, advindas da pobreza, da violência, da falta de trabalho ou do trabalho adoecedor, e os psicólogos devem responder a isso de maneira rápida e eficiente. Os S8 e S14 questionam a psicologização dos problemas sociais das pessoas, afirmando a dificuldade de dar suporte e resolução para problemas que são de ordem social.

Pode-se concluir que os psicólogos encontram-se em uma via sem escapatória, pois quando são chamados a resolver os impasses para os quais a medicina não “tem remédio”, ao mesmo tempo, correm o risco de verem seu saber e sua competência questionados, dado que dificilmente conseguirão resolver de forma rápida e precisa (como um bom remédio) um mal estar que brota de um conjunto de condições históricas e sociais, como exemplificado pelas falas dos Sujeitos 10 e 11:

(...) Eu até brinquei com ela: chama a polícia, não tem que chamar psicólogo. Mas tem que ir e não sei o que... (...) (Sujeito 10).

É uma coisa que eu acho até interessante.. porque tudo agora é psicólogo que resolve. Antes, quando não existia, quando o acesso não era tão fácil.. o acesso continua não sendo fácil, mas quando não existia acesso, então cada um resolvia seus problemas “ah um padre, ah um pastor, ah não sei o que”. Até um professor que tem um mínimo de escuta, né. Hoje como tem mais psicólogos dentro dos bairros, parece que todo mundo abriu a mão. Então é professor encaminhando direto. É pai porque menino respondeu “meu filho me responde”. Então tudo que você imaginar traz para o psicólogo. E não é nosso propósito, não é nosso objetivo (Sujeito 11).

A Psicologia, por ser tributária do modelo médico, sobretudo a clínica, que é a principal forma de trabalho nas Unidades de Saúde, diante de tantas impossibilidades, acaba por reafirmar a hegemonia do modelo médico e a importância dele em sua resolutividade, sem que esse fator seja debatido.

4.2.2 Formas de trabalho

A forma de atendimento dos psicólogos das Unidades de Saúde está colocada na Tabela 17.

Tabela 17 – Formas de atendimento

| | Cariacica | % | Serra | % |
|---|-----------|-----|-------|-----|
| Psicoterapia Individual | 7 | 100 | 11 | 100 |
| Psicoterapia Grupal | 4 | 57 | 9 | 81 |
| Grupo de Acolhimento/ Encaminhamento | 1 | 14 | 4 | 36 |
| Visita domiciliar ²⁶ | 1 | 14 | 4 | 36 |

Todos os entrevistados que atuam em US de Cariacica têm como principal e/ou única forma de trabalho o atendimento individual. A escolha sobre o tipo de atendimento é deles, uma vez que não há orientação específica da coordenação sobre uma determinada forma (apenas o sujeito 7 afirmou que esse tipo de atendimento é uma determinação do programa do qual faz parte).

Uma fala do sujeito 3 explicita a questão da escolha do próprio profissional sobre a forma de atender:

Na realidade, assim, as pessoas trabalham naquilo que elas estão à vontade, lógico que se a pessoa disser: Olha, eu para mim, não vou fazer grupo, não faz... Mas, aqui ninguém nunca se recusou neste sentido, mas é muito mais em relação à demanda, o que a população está demandando, por um lado e como juntar isso, por outro.

Na Serra, apesar de todos os entrevistados também terem como principal e/ou única forma de trabalho o atendimento individual, há uma orientação por parte da coordenação – informação dada informalmente pela coordenadora do Programa de Saúde Mental, em que estão inseridos os psicólogos entrevistados – para que os atendimentos sejam em grupo, o que justifica um número bem maior de profissionais trabalhando com grupos nesse município. A explicação da coordenação é tentar fazer com que os atendimentos nas US sejam mais coletivos, mais sociais, rompendo a lógica do atendimento clínico tradicional. Entretanto, como já dito anteriormente, alguns psicólogos apontam que essa é uma estratégia para atender um número maior de usuários para mostrar um grande número de atendimentos – aumentar a produtividade.

²⁶ A visita domiciliar acontece em casos bem específicos, nos quais a pessoa não consegue se deslocar fisicamente para chegar até a Unidade e Saúde ou quando um paciente grave não frequenta mais o tratamento sem dar explicações.

Dos dezoito sujeitos entrevistados, oito (S2, S3, S8, S9, S11, S12, S15 e S18) explicaram o porquê da predominância do atendimento individual sobre o grupal, alegando que é a forma que a população prefere. Pois, como a Unidade de Saúde atende somente a pessoas de uma mesma região, elas se conhecem e não se sentiriam a vontade para participar de um grupo com conhecidos, vizinhos, etc. A fala do Sujeito 2 é muito clara nesse sentido:

(...) a gente não consegue perceber uma demanda da população pelo grupo. Querem individual. Então a justificativa é: ah, porque eu moro.. vou encontrar vizinhos no grupo, vai querer falar.. Então essa é a justificativa (Sujeito 2).

Da mesma forma, os Sujeitos 3 e 15 explicam a preferência pelo atendimento individual:

(...) Os agravantes são: isso aqui é um posto de bairro, e as pessoas que vem são todas vizinhas. Então, restringe um pouco (Sujeito 3).

(...) Em geral, no início eles colocam resistência, assim: Ai, grupo, mas eu vou ficar me expondo? E se eu encontrar alguém conhecido? (Sujeito 15).

Por meio dessas falas, fica claro que o tipo de atendimento é justificado pela demanda da população por atendimento individual, não sendo colocado, por nenhum dos entrevistados, que essa demanda é historicamente criada pelo modelo biomédico e por ser a tradicional forma de trabalho do psicólogo no Brasil, sendo uma demanda não natural e passível de ser modificada à medida que outras interações vão sendo criadas.

De certo modo, pode-se atribuir essa preferência a uma certa tradição na Psicologia. Mello, (1978) em pesquisa realizada no início da década de 1970, mostra que a preferência por essa forma de atuação foi construída desde o início dos cursos de Psicologia no Brasil. Independente da inadequação desse modelo predominantemente clínico na área da saúde, é o modelo ensinado e perpetuado por grande parte das graduações e favorecido pelo próprio sistema de saúde, o que leva a continuação de sua reprodução.

Essa identificação do trabalho do psicólogo com a Psicologia clínica pode ser averiguada a partir dos dados colocados no capítulo 1, que mostram que a clínica perpassa a trajetória dos psicólogos entrevistados e se confunde com o trabalho que eles fazem na saúde, como se trabalhar em uma US pública fosse uma extensão do

trabalho realizado em consultório particular, no qual os problemas são tratados segundo técnicas tradicionais, supostamente neutras e científicas.

O atendimento clínico, que ainda é o carro-chefe dos psicólogos e é privilegiado nos cursos de formação, foi transportado para a saúde pública, independente das especificidades do trabalho e dos outros tipos de inserção que o psicólogo pode ter.

Yamamoto e Cunha (1998), Yamamoto et al (2001) e Yamamoto, Trindade e Olivera (2002), em pesquisas sobre o trabalho dos psicólogos em hospitais de Natal (RN), já apontavam que o trabalho realizado é tradicionalmente clínico, sendo que a principal atividade realizada era psicoterapia, tanto individual quanto grupal, onde ele aponta que

(...) pelas próprias condições do adestramento teórico/técnico propiciado pelas agências formadoras, salvo exceções, os relatos indicam uma extensão do atendimento convencional clínico, adaptado às exigências de um contexto (de carência) da saúde pública (YAMAMOTO; CUNHA, 1998, s/ p.).

O sujeito 12 foi o único, entre todos os entrevistados, que demonstrou diferenciar algumas sutilezas entre o atendimento clínico tradicional e o atendimento individual em uma Unidade de Saúde:

A gente faz atendimento individual e tudo mais, mas não deixa de olhar para o social, não é por isso que isso não está sendo tratado como coletivo. É isso que alguns profissionais não conseguem entender: só está coletivo quando está em conjunto, está em grupo. Aí você vai.. tem essas questões todas. Então eu acho que eu não suportaria se eu não conseguisse ver esse lado social, essa coisa toda que está amarrada, né, no momento e que a pessoa traz.

Entretanto, quando esses dados são associados às demandas que chegam aos psicólogos, fica evidente que há uma individualização dos problemas, que junto a esse tipo de atendimento indicam uma clínica tradicional individualizante acontecendo dentro da estrutura da Unidade de Saúde.

A principal modalidade de atendimento, o individual, é visto de forma natural, sem questionamento por parte dos psicólogos, que em algumas falas explicam que não é uma terapia clássica, demorada, e sim um atendimento pontual, para resolver um problema específico que o paciente traz:

(...) Mas, não é aquela terapia de forma clássica, em que a pessoa vai ficar anos ali falando e aprofundando algumas questões. É muito mais imediatista:

Olha eu estou com tal problema, o médico não tem como resolver... Então acaba sendo um pouco mais focal (...) (Sujeito 3).

O imediatismo colocado remete ao modelo biomédico, no qual apenas é resolvida a queixa que levou o usuário a buscar a US, sem levar em consideração porque ela foi produzida/provocada, o que também é ilustrado pela falta do sujeito 6, que diferencia o atendimento clínico do consultório privado e da Unidade de Saúde:

(...) As vezes, só pelo fato de você dá um suporte ali, ouvir... tem gente que vem só pra uma triagem, já melhora, e tchau (...) Porque geralmente quem vem, vem porque está com algum probleminha... aqui. Não vai igual quem vai para o consultório, as pessoas pra fazer análise não.

Yamamoto e Cunha (1998) apontam que a prática dos psicólogos na área da saúde constitui-se uma adaptação dos recursos empregados em consultórios particulares, como a questão da psicoterapia breve. Não há busca de novos referenciais teórico-práticos que sejam adequados à noção de saúde tal como é compreendida pelo SUS. É possível constatar uma aplicação direta e clara dos modelos tradicionais, de acordo com os dados das entrevistas.

É perpetuada, portanto, essa clínica clássica, que tem como ênfase a dimensão intra-individual dos usuários, sendo o indivíduo visto como abstrato e a-histórico, conforme análise de Bock (1999, 2001), e que se adequa ao modelo biomédico com enfoque na doença, no atendimento individual e no saber-poder do profissional sobre os outros, vistos como pessoas que nada sabem sobre sua própria vida.

A análise dos referenciais teóricos citados pelos entrevistados como orientadores de suas práticas mostra um predomínio das abordagens clínicas individualistas. Assim, também é possível questionar a própria orientação teórica utilizada pelos profissionais, como propõem Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) ao discutir a adequação dessas abordagens, principalmente de cunho individualista, para um trabalho na saúde.²⁷

²⁷ O autor questiona isso para o trabalho em hospitais, o que aqui considero bem pertinente para as Unidades de Saúde.

Dimenstein (1998) corrobora com esse questionamento ao analisar o modelo de atendimento que tem sido usado nas Unidades de Saúde pelos psicólogos:

É acerca dessa formação que muitas referências na literatura vêm apontar o fato de estar havendo uma transposição pura e simples do modelo hegemônico de atuação clínica do psicólogo para o setor público, seja postos, centros ou ambulatorios, independentemente dos objetivos dos mesmos e das características da população neles atendida, gerando com isso uma prática inadequada e descontextualizada. Isso significa que há predominantemente a utilização de técnicas psicoterápicas, as quais são tomadas como o único instrumento de trabalho do psicólogo e como portadoras de um valor intrínseco, independente de onde e com quem são utilizados (DIMENSTEIN, 1998, p. 74).

Uma prática pautada nesse modelo explica o que fazer e como fazer, de forma que esse saber fica estagnado ao longo do tempo e perde de vista a questão social, impossibilitando a construção de novas formas de trabalho, pois já existe uma estabelecida, a qual todos devem se enquadrar. Como analisam Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002), o grande desafio dos profissionais psicólogos nessa área da saúde é

superar as formas conservadoras de inserção, buscando ampliar seu espaço de atuação, com todas as implicações desse processo (p. 241).

Cabe ressaltar, por fim, que algumas novas formas podem estar sendo gestadas, para além da predominância do atendimento clínico individual. Entretanto, essas rupturas não foram apreendidas pelas entrevistas, sendo necessárias outras investigações para compreender os possíveis novos modos de um fazer profissional que podem não estar inseridos oficialmente nos discursos, mas acontecendo na prática.

4.2.3 Os atendimentos em Grupo

Foi no final do século XIX que estudos mais sistematizados sobre grupos foram realizados, numa tentativa de compreender o que mobilizava um grupo de pessoas – estudo que ficou conhecido como Psicologia de massas. A partir de então, vários pesquisadores destacaram-se com teorias sobre grupos, como Lewin, que estudou pequenos grupos procurando captar o que ocorre quando as pessoas estabelecem uma interdependência e Pichon-Rivière, que desenvolveu uma abordagem de trabalho, a

qual denominou de “grupos operativos”, que trabalha na dialética do ensinar-aprender (BAREMBLITT, 1982).

Lane (1999) aponta que o grupo não é dicotômico em relação ao indivíduo, e sim uma condição necessária para conhecer as determinações sociais que agem sobre o indivíduo e sua ação como sujeito histórico, partindo do pressuposto que toda ação transformadora da sociedade só pode ocorrer quando indivíduos se agrupam.

Entretanto, é importante pontuar que não existe grupo harmônico, ideal, com indivíduos estacionados em determinados processos de interação, ou seja, um grupo a-histórico em uma sociedade a-histórica (LANE, 1999).

Para que o grupo se forme e possua significado, é necessário levar em consideração a perspectiva histórica da inserção de cada indivíduo na sociedade, suas determinações econômicas, institucionais e ideológicas, de forma que o grupo passa a se constituir em um processo histórico (LANE, 1999).

A partir dessa compreensão, entende-se que os atendimentos em grupo podem ser uma técnica terapêutica de grande valia para os psicólogos, pois rompem com a exclusividade do atendimento individual e possibilitam que as pessoas compreendam que muitas de suas questões não são inatas, e sim construídas sócio-historicamente e, portanto, compartilhadas com outras tantas pessoas que, juntas, podem fornecer novos sentidos a essas experiências singulares – sem a necessidade de serem diagnosticadas e tratadas segundo o modelo biomédico tradicional.

Entretanto, os grupos que acontecem nas Unidades de Saúde dos municípios da Serra e de Cariacica não parecem alcançar esse potencial, pois a fala dos entrevistados indica que o processo grupal não chega a se desenvolver, chamando de grupo apenas várias pessoas ocupando os mesmos ambientes físicos e esperando sua vez para falar de seus problemas, independente dos problemas e vivências alheias que estão ali sendo compartilhadas, como se dividir o mesmo espaço, por si só, já fosse terapêutico.

A fala do Sujeito 8 é muito ilustrativa sobre essa questão

Só que a gente notou que essas pessoas também não aderem muito a essa coisa do grupo não. É tudo muito individual. Elas não têm paciência pra ouvir a dor do outro. Elas querem terapia individual. Eu tenho até um grupo de histéricas que elas não têm paciência pra se ouvir. Eu quero muito saber da minha dor. E é uma outra coisa que a gente vê socialmente também, né, a individualização cada vez maior.

Isso aponta para uma falta de identificação enquanto grupo, pois, mesmo estando juntas, as pessoas falam de seus problemas pontuais, esperando a análise e o auxílio do psicólogo, pouco esperando do grupo.

Os entrevistados afirmam que os grupos, nas US, são variados e acolhem diversas demandas, sendo coordenados por psicólogos e, em alguns casos, também por assistentes sociais em parceria.

Cada psicólogo coordena um ou mais grupos, como apontado pela Tabela 18, que também indica quais os grupos existentes.

Tabela 18 - Queixas e problemas que os psicólogos são chamados a resolver nas Unidades de Saúde

| | | Grupo de Acolhimento | Grupo de Mulheres | Grupo de Obesos/ Hanseníase/ Diabetes | Grupo de Pais | Grupo de Transtorno Mental Grave | Grupo de Adultos | Grupo de Crianças/ Adolescentes |
|------------------|----------|----------------------|-------------------|---|---------------|----------------------------------|------------------|------------------------------------|
| CARIACICA | Suj. 1 | | | | | | | |
| | Suj. 2 | X | | | | | | |
| | Suj. 3 | | | | | | | |
| | Suj. 4 | | X | | | | | |
| | Suj. 5 | | | | | | | |
| | Suj. 6 | | X | | | | | |
| | Suj. 7 | | | X | | | | |
| SERRA | Suj. 8 | | X | | | X | | |
| | Suj. 9 | X | | | X | | | |
| | Suj. 10 | X | X | X | | | | X |
| | Suj. 11 | X | | | X | | X | |
| | Suj. 12 | | | | | | | |
| | Suj. 13 | | | | | | | |
| | Suj. 14 | | | | | X | | |
| | Suj. 15 | | X | | | | | |
| | Suj. 16 | X | | | X | | X | X |
| | Suj. 17 | X | X | | | | | X |
| | Suj. 18 | | X | | | | | |
| Total | 6 | 7 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | |

Ao todo, a Serra possui 24 grupos e Cariacica possui 4. Apesar do número de psicólogos trabalhando em Cariacica ser menor do que na Serra (sete para onze), percebe-se um número muito alto de grupos na Serra. Uma importante justificativa é a orientação da Coordenação na Serra para que os atendimentos sejam efetuados em grupo, ao passo que em Cariacica não existe tal orientação.

Em Cariacica, o grupo de acolhimento é responsável por fazer a triagem de todas as pessoas que procuram o serviço, separando quais são os casos mais urgentes dos casos que podem entrar na fila de espera. Já na Serra, esse grupo possui uma outra característica. As reuniões desse grupo não acontecem só quando o usuário procura o serviço, e sim mensalmente, para que os profissionais possam acompanhar a evolução dos problemas enquanto as pessoas permanecem na lista de espera e, assim que vão surgindo as vagas, os participantes são encaminhados. Portanto, se a pessoa procura o serviço de Psicologia, mas não participa desse grupo, ela não tem direito ao atendimento.

Assim, como a demanda é muito grande, existem grupos com diferentes propostas, que reúnem pessoas a partir da semelhança dos sintomas ou de algum traço em comum.

Os grupos de mulheres são bem variados. Em Cariacica, um grupo atende mulheres com problemas de relacionamento, como impotência e esterilidade (Sujeito 4) e outro atende mulheres diagnosticadas com depressões leves (Sujeito 6).

Na Serra há um grupo de mulheres diagnosticadas como histéricas, entre 38 e 44 anos (Sujeito 8), três grupos de mulheres depressivas, sendo um de mulheres de 45 a 50 anos (Sujeito 10), um de mulheres entre 40 e 50 anos (Sujeito 18) e outro de mulheres entre 20 e 30 anos (Sujeito 18), um grupo de mulheres com problemas de relacionamento (Sujeito 15), e um grupo de mulheres sem queixa específica (Sujeito 17). Quando questionados sobre essa divisão de idades, os psicólogos explicam que os problemas que aparecem em

cada idade são diferentes, as queixas são outras e, portanto, devem ser separadas.

Essas divisões arbitrárias por faixa etária são vistas como naturais e a classificação dos grupos é feita pelos psicólogos. São eles que decidem, após montar um grupo, quais os usuários que deveriam frequentá-lo. O grupo denominado de histéricas é nomeado segundo uma classificação diagnóstica, havendo aceitação dessa nomeação por parte dos funcionários, sem maiores questionamentos sobre o significado deste termo e os efeitos de tal denominação sobre a vida das pessoas e a prática dos psicólogos. Não se considera a subjetividade dos indivíduos, o que pode indicar uma visão do fenômeno psicológico como não sendo afetado e produzido pelas relações sociais, pelos lugares em que as pessoas são colocadas e pelo efeito das palavras e dos diagnósticos formulados por profissionais detentores de um saber.

O grupo de obesos acontece em Cariacica, e nele não participam somente obesos, mas pessoas que se percebem como obesas (Sujeito 7).

Na Serra, o grupo de hanseníase e de diabéticos é coordenado pelo mesmo psicólogo (S10). Nesses grupos há a explicação sobre a doença, os preconceitos e a aceitação para os novos pacientes.

O Grupo de pais é um grupo que só acontece na Serra. Frequentam esse grupo pais cujos filhos apresentam problemas comportamentais, que podem ser encaminhados pela escola, pelo conselho tutelar ou demanda dita espontânea. O grupo foi criado para diminuir a procura por atendimentos por parte de crianças – tarefa que segundo os entrevistados caberia aos psicólogos escolares e que só aumenta ainda mais a fila de espera por atendimento nas Unidades. Nesse grupo são trabalhadas as queixas dos pais, a questão do relacionamento familiar, da auto-estima, a necessidade de colocar limite nos filhos e a relação dos pais com os filhos.

Em momento nenhum os entrevistados que explicam sobre esse grupo questionam o que leva as escolas à encaminharem tantos alunos. A escola não é problematizada e os problemas são entendidos pelos psicólogos como

inerentes às relações dos filhos com os pais. Tal leitura aponta para uma apropriação, por parte da Psicologia, de um conjunto de saberes e práticas normalizantes sobre a vida familiar, que produz verdades sobre os sujeitos, descolando-os do mundo em que vivem.

O Grupo de Transtorno Mental (S8 e S14) grave é para pacientes²⁸ e familiares, objetivando discutir os sintomas dentro de casa, como lidar com eles e como é a vida em família, o que torna os grupos um apoio para os familiares frente à realidade de viver com uma pessoa com esse transtorno.

O Grupo de Adultos (S10 e S16) é composto por mulheres e homens com transtorno de ansiedade, angustiados e neuróticos.

Por fim, o atendimento às Crianças/Adolescentes é composto por três grupos. Um é coordenado pelo S10 e é composto por crianças de 7 a 11 anos classificadas como portadoras de um elevado nível de agressividade, dificuldade de socialização, desvio de conduta e dificuldade de aprendizagem; um grupo de crianças que supostamente possui problemas de aprendizagem e conflitos familiares (S17); um de adolescentes com problemas de relacionamento (S16).

Como pode ser observado em relação aos grupos, eles são diagnosticadores e criam classificações arbitrárias, como de idade ou sexo, como se pessoas com certas características não pudessem se relacionar com outras. São os profissionais que decidem os grupos que os usuários podem e/ou devem participar, sem dar voz a eles, que são os principais interessados no processo. Se eles não quiserem esse tipo de atendimento terão que esperar por vários meses para serem chamados para o atendimento individual, uma vez que a lista de espera é enorme. Portanto, muitos irão participar do grupo por ver ali a única opção de atendimento, o que é um dos fatores que pode levar a desistência e justifica, portanto, a alta rotatividade que será mencionada por vários entrevistados.

²⁸ Existem dois tipos de pacientes: os que nunca foram internados, mas apresentam um diagnóstico de transtorno mental e os egressos de hospitais psiquiátricos.

Pode-se questionar também porque os grupos só abordam assuntos relacionados aos problemas e diagnósticos dados pelos psicólogos, como o grupo de obesos, que só trabalha o tema da obesidade. Ao fazer isso, o psicólogo coloca como único ponto de intervenção a doença, não trabalhando a produção de saúde que poderia acontecer através de outras discussões que considerasse a pessoa em sua integralidade, abordando aspectos importantes de sua vida.

O que produz em tantas mulheres sintomas de depressão leve e problemas de relacionamentos não é levado em consideração pela maioria dos entrevistados, nem o porquê de um número maior de mulheres freqüentarem as Unidades de Saúde, quando comparadas aos homens. O único psicólogo que indica perceber essa discrepância (S15) deu respostas divergentes sobre os possíveis motivos, o que pode indicar a dificuldade em analisar todas as variáveis que criam essa ausência masculina e/ou uma naturalização sobre o tema:

Na verdade, no início eles vinham para o acolhimento, vinham homens para o acolhimento também. Mas, o número de mulheres e o número de homens, assim, os homens pouco procuram. Eu vejo que os homens ainda têm um pouco de dificuldade de se aproximar da Unidade de Saúde, eu até fiz este questionamento, parece que o posto é mais feminino. Como se eles não precisassem. Mas, não é só isso, eles trabalham, a maioria trabalha. Então imagina, que horas que eles vão vir aqui para o atendimento? Porque o meu horário de trabalho é de meio-dia às seis, então é um horário que eles estão no trabalho também. Eu sempre tive menos pacientes homens do que mulheres.

Também pode haver questionamentos em relação às crianças e aos grupos de pais, que buscam adequar os comportamentos considerados inadequados de ambos, mesmo quando essas crianças são encaminhadas pela escola, como se a escola não produzisse algumas dessas complicadas relações. Os problemas são individualizados, o que indica uma visão de que são produzidos por si só, tendo o indivíduo e sua família total responsabilidade por isso.

Ainda sobre os grupos, algumas falas dos entrevistados deixam transparecer que trabalhar em grupo está relacionado à fila de espera. Todos os 18 entrevistados afirmaram que a fila de espera é enorme. Alguns afirmaram que os grupos são uma forma de diminuir a espera e de aumentar a produtividade

do funcionário e do serviço como um todo. Dos 18 profissionais entrevistados, seis expressaram essa questão de forma clara e sem subterfúgios (S1, S6, S10, S11, S12, S15).

Aí, como estava dando uma lista de espera muito grande, a gente criou um grupo de pais (...) E, assim, a gente viu que lista de espera de crianças não existe mais (Sujeito 11).

Entretanto, os outros entrevistados não deixam claro se o atendimento em grupo, além desses fatores, também está sendo usado para ir contra uma clínica individual hegemônica, que mantém os padrões da clínica particular, procurando uma nova forma de relacionamento com os usuários.

Dimenstein (1998) já apontava que as instituições estão mais preocupadas com a produção do que com a qualidade do atendimento, o que confirma parte dos dados obtidos e volta a questão para o BUP, como não só um instrumento de prestação de contas, mas um instrumento regulador de todo o trabalho do psicólogo.

Como apontam Yamamoto et al (2001), a novidade nos trabalhos se encontram nos locais (Unidades de Saúde, hospitais, entre outros), que até então não eram ocupados por psicólogos, e não nas atividades desempenhadas, o que remete, mais uma vez, a questão da inadequação da formação para esse tipo de atuação em saúde e a importância de psicólogos no sistema de saúde público reproduzindo um saber normatizante e diagnosticador:

Tendo em mente tais limitações de análise, o problema em jogo aqui, como em todas as discussões sobre os modelos de atuação, sobretudo aquelas relativas à superação da prática excludente e elitista que tipificava o "modelo médico" de atuação do psicólogo, diz respeito ao que Carvalho (1988, p. 235) denomina de "potencial de utilidade e de contribuição à sociedade (YAMAMOTO et al, 2001, p. 71)

Um indicador para essa questão levantada por Yamamoto é a adesão dos usuários aos atendimentos. Vários grupos são abertos porque a rotatividade é grande. Cinco psicólogos (Sujeitos 2, 9, 11, 16 e 17) afirmam que isso acontece porque as pessoas já resolveram os seus problemas e simplesmente deixaram de freqüentar o grupo sem avisar ao psicólogo. Entretanto, é pertinente indagar se o abandono dos grupos não poderia indicar outros impasses ou insatisfações dos usuários em relação ao atendimento recebido.

Entretanto, a pessoa deixar de freqüentar um grupo ou um atendimento sem avisar pode ter outras explicações que não estão implícitas. Outro argumento para a alta rotatividade é que quando começa a especificar muito, entrar no processo terapêutico, as pessoas vão embora (Suj.11), o que não é colocado em questionamento.

Um número significativo de sujeitos, oito ao todo (S1, S2, S9, S10, S11, S14, S16 e S17) também explica a alta rotatividade, culpabilizando o paciente, como é possível perceber nas seguintes falas:

A rotatividade do pessoal na psicoterapia é grande. Aí fica um tempinho, e quando começa a modificar alguma coisa na vida, eles desaparecem, porque tem medo (Sujeito 8).

As vezes faltam muito. Nunca o grupo está totalmente completo. Um dia não vem um, um dia não vem outro. Por causa do trabalho.. os horários... No consultório, geralmente quando o paciente entra em análise, é uma coisa mais freqüente. Mas no início acontece isso sempre. A pessoa, apesar de querer o tratamento, ela apresenta sintomas que impedem... Elas resistem também ao tratamento (Sujeito 16).

A falta de aviso e a alta rotatividade apontada pelos entrevistados podem indicar que essas pessoas não resolveram seus problemas e podem ter sumido por outras questões, como não achar resolutividade no grupo ou atendimento, não perceber importância nesse atendimento psicológico, estar em busca de uma resolução rápida – como acontece no modelo médico/farmacêutico – ou outros fatores que devem ser pesquisados diretamente com os usuários, como uma consequência direta de uma série de demandas que o sujeito traz e que permanecem insatisfeitas.

Somente quatro sujeitos (S5, S6, S7 e S15) falaram que a taxa de adesão é muito boa. Como pode ser ilustrada pela resposta do Sujeito 6:

(Sobre a adesão): Muito boa. Pelo menos em terapia, eu tenho pacientes aqui de quando eu entrei, de três anos. Saíram profissionais, e eles continuaram. Eu acho até bom por ser um serviço público.

Os outros entrevistados que não foram citados não falaram sobre o assunto.

Todos os psicólogos afirmaram que os usuários do serviço não participam das decisões ou de reuniões e planejamentos sobre o serviço. Isso também é uma reafirmação do modelo biomédico, que acredita que os especialistas são os

detentores da verdade e do conhecimento sobre o outro, e esse outro nada sabe sobre si e sua saúde. São os psicólogos, junto a outros profissionais, que planejam e decidem se o atendimento clínico é a melhor opção para as pessoas e, em relação aos atendimentos em grupo realizados, também são eles que decidem quais serão e os pacientes que, através de seu diagnóstico, podem ou não participar de cada grupo.

Isso desqualifica o saber dos usuários e mantém os profissionais na posição de quem sabe o que é melhor e mais saudável para o outro, não havendo uma produção de conhecimentos nesse encontro, e sim uma reprodução. Como aponta Mejias (1984), não é levado em consideração o saber das pessoas e da comunidade, sendo o objetivo dos psicólogos apenas a mudança dos comportamentos vistos como socialmente impróprios – considerado importante objeto de intervenção e estudo da Psicologia desde sua regulamentação.

É o saber psicológico que, na falta de um arcabouço teórico e prático adequado para atuação no sistema de saúde, acaba por reproduzir o modelo hegemônico ao se inserir no território que tradicionalmente era médico, e manter a clínica individual – forjada nos cursos de Psicologia – pautada na psicologização do cotidiano e da vida, descontextualizando as questões sociais e reduzindo-as a aspectos de ordem psicológica e individual (COIMBRA, 1995), em vez de criar novas alianças, participar de rupturas desse modo de atuação e buscar novos modelos de atenção.

Por fim, como apontam Chiapinotto, Fait e Junior (2007) em pesquisa sobre profissionais das UBS, fica claro que os psicólogos encontram-se diante de dilemas importantes para a profissão: quais as práticas que vão utilizar, se o trabalho a ser empreendido ocorrerá conforme o modelo tradicional ou se vão construir algo de forma conjunta com outros profissionais e usuários, erigindo novos modos de fazer saúde.

Como foi visto, os propósitos declarados do Sistema de Saúde Pública do Brasil foram ampliados no sentido de atingir toda a população, que passa a ter acesso à saúde e não só ao atendimento médico. Tendo em vista essa mudança, a Psicologia e seu comprometimento com a sociedade têm que ser

questionados, juntamente com sua história, com suas contribuições com o modelo de saúde que propõe e difunde e com sua articulação com um modelo biomédico tradicional de práticas excludentes, diagnosticadoras e normatizantes.

É necessário começar a mapear, como já fazem outros pesquisadores, alguns movimentos que divergem disso, participar de discussões e tentar tecer redes com a sociedade, novas formas de construir e se relacionar, de estar presente na comunidade, tornando a Psicologia um saber implicado com as discussões que perpassam as pessoas em lugar de uma ciência que objetiva a neutralidade. É um trabalho permanente, cheio de frustrações, impossibilidades e imprevisibilidades cotidianas, que vai favorecer não somente os usuários, mas também os profissionais e sua saúde.

Deixando de imperar a fragmentação do trabalho e a separação entre os que são detentores de saber e os que não são, os problemas, que são muitos, poderão ser debatidos em conjunto com os usuários, promovendo discussões e construções sobre o modo de fazer o trabalho e de gerir a Unidade e seus serviços.

É necessária a criação de formas que rompam com as práticas tradicionais nesse novo cenário de atuação e que vão contribuir com a saúde pública e com a efetivação do SUS, incentivando os atores sociais à participação e politizando as práticas cotidianas, ou seja, constituindo-se um “processo de transformação crítica e democrática que potencializa e fortalece a qualidade de vida” (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p. 29).

4.2.4 Relações de trabalho e Políticas Públicas

Ao longo das entrevistas, um assunto que aparece, mesmo quando não inquirido, são os problemas que os profissionais enfrentam no seu cotidiano de trabalho. Problemas que modificam, segundo Dejours (1992), a forma do

trabalho, o empenho e a motivação, e que geram não só sofrimento mas um sofrimento que paralisa, que adocece, que impede a transformação.

Como aponta Heloani e Capitão (2003), a qualidade de vida dos trabalhadores encontra-se em processo de degradação, pois

a luta pela sobrevivência leva a uma jornada excessiva de trabalho, e as condições em que o trabalho se realiza repercutem diretamente na fisiologia do corpo (p. 106).

Se as condições laborais afetam a qualidade de vida dos trabalhadores, faz-se necessário levar em consideração as condições de trabalho dos psicólogos e de outros profissionais da US.

Uma relação importante de pontuar é a dos médicos com os outros profissionais da saúde. Os médicos possuem prioridade para usar as salas de atendimento, que são insuficientes para todos os profissionais do local. Isso faz com que os psicólogos fiquem à espera de uma sala que não será utilizada, procurando, então, outros horários de trabalho. Além disso, há um acordo tácito de que se aquela sala for solicitada por um médico, o psicólogo deverá sair imediatamente. Esse rodízio por parte dos profissionais da Psicologia faz com que o Sujeito 2 brinque ao explicar que eles são do “movimento dos sem-sala”. É uma fala que expõe uma realidade de desvalorização das demais profissões frente à dos médicos. Estes são considerados os profissionais por excelência da saúde, na qual impera o modelo médico-clínico.

Merlo e Lápiz (2007) analisam que a precarização das relações de trabalho, com desgastes físicos e psicológicos para o trabalhador, tende a ser banalizada e encarada como se fosse parte normal de trabalhar e de viver, como uma das conseqüências inevitáveis das relações trabalhistas atuais.

Uma análise mais detalhada dessas relações de trabalho pode ser feita nas US, como aponta a Tabela 19.

Tabela 19 - Cariacica: Relacionamentos com os outros profissionais

| | |
|--------|--|
| Suj. 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Não possui relacionamento com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Não conhece os psicólogos que trabalham em outras Unidades de Saúde de Cariacica. |
| Suj. 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Não possui relacionamento com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Não conhece os psicólogos que trabalham em outras Unidades de Saúde de Cariacica. |
| Suj. 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui um bom relacionamento com os médicos, que o auxilia sempre que necessário. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Não conhece os psicólogos que trabalham em outras Unidades de Saúde de Cariacica. |
| Suj. 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Não possui relacionamento com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Não conhece os psicólogos que trabalham em outras Unidades de Saúde de Cariacica. |
| Suj. 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Não possui relacionamento com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Não conhece os psicólogos que trabalham em outras Unidades de Saúde de Cariacica. - Não conhece os psicólogos que trabalham na mesma Unidade de Saúde. |
| Suj. 6 | <ul style="list-style-type: none"> - Não possui relacionamento com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Não conhece os psicólogos que trabalham em outras Unidades de Saúde de Cariacica. |
| Suj. 7 | <ul style="list-style-type: none"> - Não possui relacionamento com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Não conhece os psicólogos que trabalham em outras Unidades de Saúde de Cariacica. - Não conhece os psicólogos que trabalham na mesma Unidade de Saúde. |

Em Cariacica, somente o Sujeito 3 afirma que a relação com os médicos é uma relação tranqüila, havendo conversa e sendo possível pedir ajuda mútua. Todos os demais psicólogos entrevistados nesta pesquisa afirmaram não estabelecer nenhum tipo de relacionamento com os médicos, pontuando que estes não possuem tempo e/ou interesse para reuniões e outros contatos com os psicólogos, que sequer parecem fazer parte do mesmo programa. Uma fala do Sujeito 6 indica que os médicos são vistos como “deuses”, enquanto os enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos são questionados sobre sua atuação na saúde, no seu fazer.

Mas não só os psicólogos, como os enfermeiros, assistentes sociais, todos que fazem saúde são questionados. São questionados não.. acho que é uma questão cultural. Os médicos são vistos como deuses, e infelizmente... infelizmente não, felizmente eles não são. Só que por exemplo, o médico ele tem livre acesso a tudo quanto é tipo de coisa. Por exemplo, você vai no hospital psiquiátrico, os médicos eles podem entrar a hora que for, independente se for família ou não. Não existe a distinção família e médico, entendeu. eu sou o médico, eu posso tudo, independente se é meu filho que está lá internado. Então, eu não tenho a regra que os outros pais têm, entendeu.

Quase todos entrevistados não conhecem os outros psicólogos que trabalham em outras Unidades de Saúde de Cariacica, sendo que os Sujeitos 5 e 7 não conhecem os psicólogos que trabalham na mesma Unidade. Essa situação mostra uma fragmentação nas relações de trabalho, o que leva a uma atuação compartimentada e pouco produtiva, uma vez que cada psicólogo atua de forma isolada.

Não são realizadas reuniões com todos os profissionais da Saúde de Cariacica para que haja uma troca de informações sobre o trabalho que está sendo realizado e uma elaboração de um projeto integrado na saúde. Cada profissional atua da maneira que lhe parecer mais adequada.

Martines e Chaves (2007), em pesquisa com os agentes comunitários, faz análises sobre essa fragmentação do trabalho que podem subsidiar a reflexão sobre os psicólogos das US de Cariarica, afirmando que:

Pelas linhas de fracionamento (técnicas e pessoais), ficou evidente a mentalidade de que cada um deve fazer seu pedaço, sem interferir muito no do outro, que se traduz pelo aglomerado de profissionais que, ocasionalmente, se encontram, mas não se integram na necessária interdisciplinidade; por vezes, em franco mecanismo de disputa ou tentando ignorar as linhas de fracionamento e continuar trabalhando do jeito que dá (p. 432).

Na Serra, essa situação aparece estar um pouco diferente, como apontado na Tabela 20.

Tabela 20 - Serra: Relacionamentos com os outros profissionais

| | |
|---------|--|
| Suj. 8 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 9 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 10 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 11 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 12 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 13 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 14 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 15 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 16 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 17 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |
| Suj. 18 | <ul style="list-style-type: none"> - Possui bons relacionamentos com os médicos. - Possui bons relacionamentos com enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. - Conhece os psicólogos que atuam em outras Unidades de Saúde da Serra. |

Todos os psicólogos afirmam possuir uma boa relação com os médicos e com outros profissionais da equipe, ocorrendo reuniões periódicas para discutir casos e serviços e cooperação entre todos os profissionais. Ao contrário do que acontece em Cariacica, os psicólogos do município da Serra conhecem todos os psicólogos da rede de saúde, pois todas as equipes de todas Unidades as encontram-se periodicamente. Nessas reuniões, eles elaboram

anualmente um projeto de intervenção e trabalho na saúde (protocolo), no qual apontam as prioridades, as demandas, a forma preferencial de trabalho, a forma de funcionamento das Unidades de Saúde e de acolhimento dos usuários, entre outros pontos que aparecerem.

Na Serra parece haver a possibilidade de diálogo e de novas construções entre os profissionais, interação essa que trará ganhos para além do usuário: para o profissional, que não se sente desvalorizado frente ao médico ou os demais profissionais. O reconhecimento por fazer parte de uma equipe e a valorização do seu saber para a saúde transformam o sofrimento que existe em qualquer trabalho em produção de saúde para o próprio funcionário.

Em Cariacica, todos os profissionais afirmam que não existem diretrizes da Coordenação da Unidade ou do Programa ao qual pertencem sobre como deve ser o trabalho do psicólogo. Na Serra, não há consenso sobre esse ponto. Alguns entrevistados (Sujeitos 8, 11, 14 e 17) afirmaram que não há diretrizes para o trabalho, podendo cada profissional definir a forma como vai atuar, enquanto os Sujeitos 10, 15 e 18 afirmam que há uma diretriz única, estabelecida pela coordenação, que direciona que o trabalho deve ser mais coletivo, em grupo. Os outros quatro entrevistados (Sujeitos 9, 12, 13 e 16) falam que as diretrizes são estabelecidas pelo protocolo que é elaborado anualmente por todos os funcionários – o Sujeito 12 pontua que esse protocolo não é uma realidade, e sim o que se pode esperar de um serviço ideal.

Para finalizar a entrevista, quando os entrevistados foram perguntados se participavam de discussões sobre as políticas públicas de saúde, todos os psicólogos de Cariarica falaram que não, da mesma forma que a maioria dos psicólogos atuantes na Serra, que com exceção de três (S9, S17 e S17), também afirmaram não haver nenhum tipo de discussão nessa área que eles pudessem ou fossem convidados a participar.

Os Sujeitos 1 e 4 afirmam que essas discussões são feitas em outras instâncias, cabendo às Unidades de Saúde apenas a execução do que foi decidido. O Sujeito 10 diz que discutir isso é uma tarefa da coordenação.

(Sobre a discussão de políticas públicas): Não, não. Só se tem entre eles lá. Porque em política existe muito isso, né? Eles fazem lá, mas chamam um grupo pequeno... (...) Pega lá em cima, passa pela Prefeitura... Eu não sei, eu não vejo isso não. Vejo só a gente obedecendo mesmo o que vem de cima, eu não vejo participação (Sujeito 4).

Entretanto, os três entrevistados que disseram haver discussão, ao serem perguntados sobre quais as discussões que estavam acontecendo e sobre sua importância, não souberam responder.

Esses dados apontam que os psicólogos, e provavelmente outros profissionais da área da saúde, trabalham extremamente dissociados das instâncias administrativas. Não existe uma construção coletiva de diretrizes e políticas. Constata-se existir, de um lado, as instâncias de planejamento, e de outro, as pessoas que vão executar o que foi planejado.

Em certa medida, não há como desconsiderar que a organização do trabalho e a gestão em saúde foram cronologicamente atravessadas por traços do modelo taylorista, com a fragmentação do conhecimento e das práticas (organização parcelar do trabalho, especializações dentro de cada categoria profissional, centralização no modelo biomédico), burocratização, normatizações técnicas, sistemas de controle de produção de serviços e procedimentos, mecanismos de alienação e imobilidade, que até hoje seguem exercendo profunda influência nos conceitos e processos de trabalho (MARTINES; CHAVES, 2007, p. 427).

A saúde, quando pensada em seu sentido mais amplo, aponta para um saber sobre si e sobre seu trabalho não só por parte do usuário do sistema, mas também por parte do trabalhador, de quem é retirada a capacidade de invenção de seu saber, sendo obrigado a reproduzir técnicas que para eles foram pensadas. Para ser possível implementar novas práticas em relação aos pacientes, indo além do modelo medicalizante, é necessário, por sua vez, que os psicólogos e outros profissionais possam produzir saúde em seu próprio ambiente de trabalho em um processo constante de discussão e elaboração de suas formas de saber/fazer que se encontram engessadas, presas a um sistema tradicional e excessivamente burocrático. A insatisfação dos psicólogos e usuários do sistema público de saúde são as duas faces da mesma moeda.

É um Sistema de Saúde que teoriza avanços para a população, mas que se mantém, na prática, enclausurado em uma perspectiva naturalizante, que

perpassa os saberes e práticas que se fazem presentes nos dias atuais. Essa história precisa ser lembrada e recontada ainda muitas vezes para que lhe sejam atribuídos novos significados, para que se abram novas possibilidades, novos rumos construídos coletivamente.

5 REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. A. M. A. Psicologia no Brasil no século XX: desenvolvimento científico e profissional. In: MASSIMI, M.; GUEDES, M. C. (Orgs.). *História da Psicologia no Brasil: novos estudos*. São Paulo: EDUC, Cortez, 2004, p. 109-152.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BAREMBLITT, G. *Grupos, Teoria e Técnica*. Rio de Janeiro: Graal / Ibrapsi, 1982.

BIANCO, A. C. L. et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, p. 17-100.

BOCK, A.B.M. *As aventuras do barão de Munchhausen na Psicologia*. São Paulo: EDUC E CORTEZ, 1999.

BOCK, A. B. M. História da Organização dos Psicólogos e a Concepção de Fenômeno Psicológico. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.) *Clio-Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: FAPERJ; Relume Dumará, 2001, p. 25-34.

BOCK, A. B. M. Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In: _____ (Org^a.) *Psicologia e o Compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2003, 15-28.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOTAZZO, C. *Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

BRASIL/MS. *Oitava Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final*, 1986.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acessado em 20 de julho de 2009.

BRASIL/MS. *Participa SUS – Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS*. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL/MS. *Departamento de Atenção Básica*. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dab.php. Acesso em: 04 de maio de 2009.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 26-32, maio/agosto, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S. A Saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 55-77.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: SOARES, S.; ANDRADE, D.; CORDONI JR, L. (Orgs.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: EUEL, 2001, p. 27-59.

CATHARINO, T. R. Fragmentos da História da Psicologia no Brasil - algumas notações sobre teoria e prática. In: JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR, F; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). *Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999. Disponível em:

<http://www.cliopsyche.uerj.br/livros/cli01/formacaoempsicologia.htm>. Acessado em: 15 de abril de 2009.

CHIAPINOTTO, L.; FAIT, C. S.; JÚNIOR, M. M.. O modo de fazer saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1p. 155-164, jan-abr 2007.

CHIORO, A.; SCAFF, A. *A implantação do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.consaude.com.br/sus.htm>. Acesso em: 21 de Maio de 2009.

COIMBRA, C. M. B. *Guardiões da Ordem – Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, C. M. B. Prefácio – Fazendo História. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CERREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.) *Clio-psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001, p. 11-14.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o Psicólogo Brasileiro*. São Paulo: Edicon, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicólogo Brasileiro – construção de novos espaços*. Campinas: Editora Atomo, 1992.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 04/SEÇÃO ES. *Quem somos? Onde Estamos? O que fazemos?* O perfil do psicólogo no Estado do Espírito Santo, 2002.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COUTINHO, C. N. Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia. In: FLEURY TEIXEIRA, S. *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006, p. 47-60.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 9-53.

D'ÁVILA, A. L. V., L. D. LIMA, e R. G. OLIVEIRA. "Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro." *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002: 7 (3): 493-507.

DA ROCHA, C. R. C. "Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990." *Revista de Sociologia e Política*, 2002.

DEJOURS. C. *A loucura no trabalho: estudo de trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.

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

DONZELOT, J. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ESCH, C.F.; JACÓ-VILELA, A. M. A regulamentação da profissão de psicólogo e os currículos de formação psi. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREMO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). *Clio-psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ FAPERJ, 2001, p.17-24.

FILHO, M. L. S.; BELO, R.; GOUVEIA, V. V. Testes Psicológicos: Análise da produção científica brasileira no período de 2000-2004. *Psicologia Ciência e Profissão*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p. 478-489, 2006.

FLEURY TEIXEIRA, S. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org^a). *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006, P. 17-46.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p. 181-193.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e Movimento Sanitária. In: FLEURY TEIXEIRA (Org^a). *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006, p. 91-118.

GOMES, W. B. Avaliação Psicológica no Brasil: Tests de Medeiros e Albuquerque. *Revista Avaliação Psicológica*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 59-68, 2004.

GOMIDE, P. I. C. A formação acadêmica: onde residem suas deficiências? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon, 1988, p. 69-85.

GONZÁLEZ REY, F. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 102-108, abr./junho, 2003.

JACÓ-VILELA, A. M. Psicologia: um saber sem memória? In: JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). *Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999. Disponível em: <http://www.cliopsyche.uerj.br/livros/cli01/formacaoempsicologia.htm>. Acessado em: 15 de abril de 2009.

KASTRUP, V. *A invenção de si e do mundo – uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. São Paulo: Papirus, 1999.

LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M., GODO, W. (Orgs.) *Psicologia Social – O homem em movimento*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999, p. 10-19.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

LUZ, M. T. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição democrática" – anos 80. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* v. 1, n. 1, p. 77-95, 1991.

MACHADO, R., A. LOUREIRO, R. LUZ, e K. MURICY. *Danação da norma – Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MANCIBO, D. Formação em Psicologia: Gênese e Primeiros Desenvolvimentos. In: JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR, F; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). *Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999. Disponível em: <http://www.cliopsyche.uerj.br/livros/cli01/formacaoempsicologia.htm>. Acessado em: 15 de abril de 2009.

MARCONI, M. A. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas, 2002.

MARGOTTO, L. R. *A Psicologia chega à escola: o saber psicológico nos periódicos educacionais (São Paulo 1890-1930). (Tese de Doutorado).* São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2000.

MARTINES, W. R. G; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, set., 2007.

MEJIAS, N. P. "O PSICÓLOGO, A SAÚDE PÚBLICA E O ESFORÇO PREVENTIVO." *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, p. 155-161, 1984.

MELLO, S. L. *Psicologia e Profissão em São Paulo.* São Paulo: Ática, 1978.

MERLO, A. R. C; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 61-68, jan./abr., 2007.

NASCIMENTO, M. L. História do Trabalho Comunitário em Psicologia. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H; B. C. (Orgs.) *Clio-Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil.* Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001, p. 41-48.

NASCIMENTO, M. L.; MANZINI, J. M.; BOCCO, F. Reinventando as práticas Psi. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 15-20, jan./abr. 2006.

NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL, *Ministério da Saúde.* Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em saúde Pública., Brasília: IEC, 1994, p. 7-17.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI.* Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, agosto 1998.

PATTO, M.H.S. *Psicologia e Ideologia — uma introdução crítica à Psicologia Escolar*. São Paulo: T. A. Queiroz Editor, 1984.

PATTO, M.H.S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. S.P., Casa do Psicólogo, 1990.

PATTO, M.H.S. (Org.). *Introdução à Psicologia Escolar*. Casa do Psicólogo, 1997.

PASQUALI, L. Condições de Trabalho do Psicólogo. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o Psicólogo Brasileiro*. São Paulo: Edicon, 1988, p. 149-162.

PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A. O Psicólogo no Brasil: Notas sobre seu processo de Profissionalização. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, jul. /dez. 2003.

PESSOTTI, I. Notas para uma história da psicologia brasileira. In: *Conselho Federal de Psicologia. Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon, 1988, p.17-31.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p. 11-32.

ROSAS, P.; ROSAS, A.; XAVIER, I. B. Quantos e quem somos. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon, 1988, p.32-48.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SILVA, M. V. O. A psicologia dos psicólogos: a invenção da profissão, ideologia profissional e a modernização brasileira. *Tese de Doutorado*. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

SILVA, J. A. Fatos marcantes na história dos testes psicológicos. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 23, 2002.

SILVA, V. G. *Os testes psicológicos e as suas práticas*. Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acessado em 15 de março de 2010.

SOARES, A. B. Psicologia, comunidades e intervenções: Reflexões e Desconstruções. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Rio de Janeiro: Relume Darumá: FAPERJ, 2003, p. 329-338.

SPINK, P. K. et al. *Psicologia e Saúde: Repensando Práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e Desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2004.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

YAMAMOTO, O. H.; SIQUEIRA, G. S.; OLIVEIRA, S. C. C. A psicologia no Rio Grande do Norte: caracterização geral da formação acadêmica e do exercício profissional. *Estudos em Psicologia*, Natal, v. 2, p. 42-67, 1997.

YAMAMOTO, O. H.; CUNHA, I. M. F. F. O. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 345-362, 1998.

YAMAMOTO, O. H. et al. Espaços, práticas: o que há de novo na psicologia no Rio Grande do Norte? *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 65-72, jul./dez. 2001.

YAMAMOTO, O. H.; TRINDADE, L. C. B. O.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 217-246, 2002.

6 ANEXOS

6.1 ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Os psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde: uma investigação acerca de sua formação e prática profissional.

Pesquisadora: Margareth P. Bergamin

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lilian Rose Margotto

Instituição: UFES – Universidade Federal do Espírito Santo / Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional

Objetivo da Pesquisa: Investigar acerca da formação e prática profissional dos psicólogos inseridos na rede pública de saúde dos municípios de Cariacica e da Serra.

Descrição do Procedimento aos quais os participantes serão submetidos: Serão realizadas entrevistas individuais com psicólogos que aceitarem voluntariamente participar dessa pesquisa, ficando assegurado seu anonimato. Mediante o consentimento do participante, a entrevista será gravada e posteriormente transcrita.

Benefícios esperados: Espera-se que essa pesquisa contribua para uma melhor compreensão da formação e da prática profissional dos psicólogos que trabalham na rede pública de saúde. Os resultados serão divulgados em congressos e publicados em artigos em periódicos especializados e, possivelmente, esses dados servirão de base para outros pesquisadores e profissionais da área.

Riscos e desconfortos: Não observamos riscos que os procedimentos possam trazer para os participantes.

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome: _____

—

RG: _____ Órgão Emissor: _____

**Estando de acordo, assinam o presente termo de consentimento em 02
(duas) vias.**

Participante

Margareth P. Bergamin

Vitória/ES ___/_____/____

6.2 ANEXO 2

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Tópicos importantes para a entrevista

1 – Trajetória profissional, incluindo:

- Tempo de trabalho nessa UBS;
- Tempo de formação;
- Local de formação;
- Pós-graduação (em que área);
- Por que trabalha na área da saúde;
- O que fez até se inserir neste campo;
- Que outras atividades faz como psicólogo além dessa;

2 – Condições que a formação ofereceu para realizar trabalhos na saúde.

3 – Atividades realizadas no local de trabalho, destacando:

- Clientela e tipo de atendimento procurado;
- Modalidade de trabalho;
- Referencial teórico-metodológico;
- Problemáticas que os usuários trazem e como lida com elas;

4 – Existência no trabalho de relação/contato com:

- outros profissionais da UBS;
- outras UBS;
- associação de moradores ou outros movimentos locais;
- Secretaria Municipal de Saúde;

5 – Conhecimento da história da comunidade:

- como tomou conhecimento;
- se conhecer modificou o trabalho realizado;

6 – Condições de trabalho:

- infra-estrutura;
- equipe de trabalho;
- coordenação;
- prestação de contas;

7 –Diretrizes atuais para o trabalho do psicólogo.

8 – Participação em espaços de discussão/elaboração das políticas públicas de saúde:

- discussões estão em andamento;
- qual acha mais importante;

9– Participação em fóruns de discussão no âmbito da Psicologia, compartilhando experiências de trabalho:

- possibilidades de aperfeiçoamento;
- incentivos.

6.3 ANEXO 3

ASPECTOS ÉTICOS: RISCOS E BENEFÍCIOS

Todo o procedimento de pesquisa descrito obedecerá rigorosamente aos critérios éticos estabelecidos pela legislação vigente que regulamenta pesquisa com seres humanos. As entrevistas serão aplicadas no local de trabalho do sujeito ou em outro local de sua preferência. Serão preservados o sigilo das informações e a identidade dos participantes, sendo que os registros das informações poderão ser utilizados para fins exclusivamente científicos e divulgação em congressos e publicações científicas, resguardando-se o anonimato dos participantes. O participante terá a liberdade de interromper ou desistir de sua participação em qualquer fase da pesquisa. O acesso aos resultados da pesquisa será disponibilizado para todos os participantes que desejarem. Dúvidas, informações suplementares e esclarecimentos serão fornecidos a qualquer momento aos participantes pelo pesquisador. Não observamos riscos que os procedimentos possam trazer para os participantes.