

# A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos<sup>1</sup>

*Isabel Fernandes de Oliveira*  
*Candida M. Bezerra Dantas*  
*Ana Ludmila F. Costa*  
*Tatiane Medeiros Silva Gadelha*  
*Elisa Maria Parahyba Campos Ribeiro*  
*Oswaldo H. Yamamoto*  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## RESUMO

Desde as primeiras incursões de psicólogos no sistema público de saúde discute-se a adequabilidade de seus padrões de atuação que, atualmente, redundam numa atenção curativa, individual e ineficiente. Contudo, ressalta-se a interferência das deliberações, orientações e exigências do Sistema Único de Saúde na figura do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) que fornece uma lista de procedimentos a serem desenvolvidos pelos psicólogos. Este estudo analisou estatísticas dos procedimentos realizados pela Psicologia em Natal/RN, disponíveis no SIA/SUS, com o objetivo de dimensionar como sua estrutura influencia a manutenção dos modelos de atuação. Os dados revelam uma permanência de ações compartimentalizadas, cuja maior proporção abrange os quadros mórbidos. A dificuldade para o desenvolvimento de ações diferentes ou obriga os profissionais a registrarem-nas de forma distorcida, ou os resigna aos atendimentos previstos. Na Psicologia, o sistema de informações restringe atividades que poderiam configurar um modelo de atuação condizente com os ideais da reforma sanitária.

*Palavras-chave:* Psicologia; Saúde Pública; Sistema de Informações Ambulatoriais.

## ABSTRACT

### **Psychology, the United Health System (SUS) and the Ambulatory Care Information System (SIA): innovations, propositions and misdirections**

The adequability of Psychology patterns of intervention have been discussed since the first incursions of psychologists on the Public Health System, that have a redundant health care, individual and inefficient. However, the interference on deliberations, orientations and exigencies of the Brazilian United Health System's Ambulatory Care Information System (SIA/SUS), that provides psychologists with a set of procedures has been overlooked. This study analysed the reports of psychological procedures in Natal/RN, available at SIA/SUS, aiming to verify how its structure influences the maintenance of models of professional practice. Data suggest a permanence of compartmentalized actions, specially in morbid occurrences. Constraints to the development of innovative actions has led psychology professionals either to record them in a disguised format or to persist in using traditional procedures. It is our conclusion that, in what concerns Psychology, the information system constrains the development of a model of professional practice more in agreement with the sanitation reform ideals.

*Keywords:* Psychology; Public Health; Ambulatory Care Information System.

A retomada do processo democrático no Brasil após vinte anos do regime autocrático-burguês teve como uma de suas bases de apoio a reorganização civil visando um reordenamento dos padrões de inter-

venção do Estado, principalmente no tocante ao controle e gestão da máquina pública. As pressões advindas dos movimentos populares refletiram-se em várias frentes e provocaram mudanças importantes na estruturação das políticas sociais, centrada na tentativa de

implementação, ainda que tardia, de um *Welfare State* no país. Sem entrar no mérito da questão da constituição ou não de um sistema de proteção social que tipificaram o estado do bem-estar no Brasil, tema polêmico no âmbito acadêmico (Draibe, 1990), algumas inovações merecem, inquestionavelmente, destaque, em virtude do contingente de pessoas nelas envolvidas ou do impacto que causaram. Como exemplo, a situação do setor saúde é emblemática por ter sido alvo de propostas e diretrizes que, ao serem implementadas, mesmo parcialmente, provocaram reformulações nas concepções das práticas subjacentes ao sistema de saúde (Gerschman, 1995; Mendes, 1996).

A criação do Sistema Único de Saúde – resultado de um processo de amplo espectro que tem no movimento sanitário e na Constituição de 1988 seus marcos mais importantes – foi o grande avanço na tentativa de oferecer aos cidadãos, independentemente de sua condição social e de contribuição prévia, um modelo de saúde pautado pela prevenção de doenças, promoção da saúde, atenção integral e participação da comunidade na gestão e no controle das ações (Cohn, 1997).

O esforço para a implantação desse sistema no Brasil representou uma evolução no modelo de saúde vigente até meados de 1980. Os padrões de atenção, até então, estavam marcados por um incentivo à rede privada de serviços de saúde e de medicamentos, por uma extrema especialização nas ações e compartimentalização dos serviços, que refletia, em última instância, as concepções assistenciais-curativistas herdadas desde o período de desenvolvimento do sanitarismo e do campanhismo. A reorganização de movimentos ligados às universidades, aos sindicatos e aos estudantes fortaleceu as idéias de organização do Sistema Nacional de Saúde de forma mais equânime, baseado num conceito de saúde no qual as condições materiais de existência são a grande influência no estado de higidez da população. Para a consolidação de uma nova frente de trabalho no campo, a estrutura operacional, as práticas e a postura dos profissionais deveriam refletir esse novo conceito. Como contrapartida, representantes da sociedade na figura dos conselhos municipais de saúde e representantes das secretarias de saúde e de seus técnicos, atuariam como agentes de controle, de fiscalização e de propostas.

Conquanto a idéia desse modelo tenha sido progressista, inovadora e democrática como nenhuma outra no campo, a forma como foi posta em prática culminou com uma estrutura em permanente implantação, de acesso desigual, com concepções e práticas incoerentes. O modelo preconizado para o Sistema Único de Saúde (SUS) representa um considerável avanço do ponto de vista de racionalização dos servi-

ços, da ênfase na promoção e na prevenção da saúde, justificando, na prática, a transformação na lei do conceito de saúde e da participação popular no controle das ações. Entretanto, é preciso ressaltar que, desde a Assembléia Nacional Constituinte, a estruturação do sistema passou por mudanças e alterações que, além de comprometerem a proposta inicial (já com algumas perdas importantes), interferiram na execução de medidas importantes para a sua eficiência. O financiamento, a própria descentralização (um dos princípios centrais do SUS) e a interferência do ideário neoliberal na execução de algumas de suas ações fizeram com que seu modelo não se efetivasse da forma como previsto e o que, de início, apresentava-se como uma concepção progressista dentro do âmbito da reforma do Estado, traduziu-se, em alguns momentos, num retrocesso na aplicação das políticas de cunho redistributivo (Pereira, 1996).

Para a efetivação de uma de suas principais diretrizes, a atenção integral, o novo sistema impõe a participação de diferentes categorias ocupacionais e torna-se um pólo de atração de profissionais que participavam do serviço público de saúde ainda de forma incipiente. Desse grupo fazem parte os psicólogos, que encetam um processo de inserção ampliada nesse espaço que, tradicionalmente, não fazia parte de suas linhas de atuação. Esse direcionamento para a saúde em sua vertente institucional teve razões mais densas do que apenas a ampliação de um espaço de trabalho, já que, no mesmo período em que se propunha a estruturação de um novo sistema nacional de saúde, a categoria dos psicólogos ainda sofria as conseqüências da diminuição do poder aquisitivo geral da classe média – grande consumidora dos serviços psicológicos – produto da expansão do modo de produção capitalista e do endividamento do país para financiar o seu aparente crescimento. A retração do mercado para a atividade liberal associa-se às discussões em segmentos específicos de representação profissional que, tal como em outros países latino-americanos, dispararam críticas contumazes ao principal modelo de atuação adotado para a prática psicológica: a clínica tradicional<sup>2</sup>. Desta forma, há um movimento que impele o psicólogo para outros campos de trabalho e que atua em duas frentes: uma delas de natureza puramente econômica e a outra com um enfoque democratizante para a atenção psicológica. Os serviços de saúde pública, em sua nova conformação, sinalizam um espaço que pode ser ocupado por profissionais da Psicologia sem grandes prejuízos no trabalho tradicionalmente realizado. Mesmo com iniciativas como as do Estado de São Paulo que, por meio de sua Divisão Ambulatorial, elaborou uma *Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em*

*Ambulatório de Saúde Mental*, o direcionamento das ações ainda privilegiava os segmentos psicoterápicos em demasia. Os princípios norteadores recaíram sobre a utilização de psicoterapia e outros recursos terapêuticos – além do uso de psicofármacos –, treinamentos, supervisão e avaliação qualitativa periódica do trabalho. A referida proposta serviu como base não só para a estruturação deste, como também de vários outros serviços ambulatoriais de saúde mental em todo o Brasil, inclusive em Natal (RN).

Portanto, a saúde mental foi a via de acesso dos psicólogos ao sistema público de saúde, mas não se constituiu em um espaço de atuação de preferência. Diversos autores (Boarini, 1996; Dimenstein, 1998; 2000; Silva, 1992; Vasconcelos, 1999) apontam que a formação profissional do psicólogo, de uma forma geral, não propiciava um preparo para o atendimento da demanda de casos graves, crônicos ou agudos, com sérios comprometimentos psíquicos que chegavam aos centros referenciados e às unidades básicas de saúde. Além disso, a escassez de psiquiatras dispostos a trabalhar no serviço público e, mais ainda, nos moldes defendidos pela reforma psiquiátrica, fez com que o psicólogo assumisse um papel de destaque nas equipes de saúde mental, sem que houvesse um apoio de outros profissionais necessários e um treinamento adequado para a atenção nesses novos espaços. Conseqüentemente, houve um privilegiamento da demanda que não apresentava níveis acentuados de comprometimento psíquico ou mental e, para os portadores de transtornos psiquiátricos, restaram os manicômios.

Em Natal, o quadro não é diferente. O protagonismo da Psicologia na implementação das equipes de saúde mental nas unidades básicas de saúde deu-se num momento em que a resistência dos psiquiatras à criação de um modelo de atenção diferente do manicomial se associou à participação de alguns profissionais diretamente ligados aos movimentos de esquerda que propunham a reestruturação do modelo de atenção à saúde mental. O *Projeto de Reestruturação da Atenção à Saúde Mental* (Natal, 1993) teve ampla participação de psicólogos na sua elaboração e propôs, entre outras ações, a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), cujo funcionamento deveria pautar-se pela atenção integral e multiprofissional. A psicoterapia permaneceu entre as atividades oferecidas, embora num grupo de outras ações que previam a (re)inserção do usuário na sociedade.

Mesmo sob a bandeira da modernização, do resgate da cidadania, da prevenção e da atuação multidisciplinar na atenção à saúde dos usuários, a estratégia de trabalho mais desenvolvida nos serviços de saúde e saúde mental em Natal, foi o atendimento

psicoterápico. A transposição do consultório particular para o serviço público de saúde permaneceu, desde as primeiras incursões dos psicólogos na saúde, como a atividade predominante em larga escala e tal fato não se deve apenas à (in)habilidade profissional, mas, também, a fatores ligados diretamente à organização do SUS (Carvalho & Yamamoto, 1999; Dimenstein, 1998, 2000; Jackson & Cavallari, 1991; Silva, 1992; Oliveira & cols., 2004).

Em que pese aos problemas de ordem política, econômica e administrativa, tais como as fontes de financiamento, o mau uso da máquina pública, o desvirtuamento de propostas, dentre outras razões, destaca-se a dinâmica organizativa do sistema como um dos determinantes na permanência de uma estrutura de atendimento ainda marcadamente compartimentalizada e assistencialista. Tome-se, como exemplo, o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Criado para ser uma fonte de registro, controle e fiscalização de todos os serviços prestados pela rede de assistência, além de banco de dados que contém as informações em saúde dos municípios, o SIA fornece um direcionamento geral de todos os procedimentos que podem ser desenvolvidos na rede (Branco, 1996). Tais procedimentos são passíveis de adaptação de acordo com as necessidades e especificidades dos diferentes municípios e de suas respectivas legislações em saúde. No caso da Psicologia, esse banco de dados possibilita a execução de 53 diferentes tipos de procedimentos, dos quais apenas um, a “Aplicação de Testes para Psicodiagnóstico”, é específico da categoria.

Na adaptação do SIA processada em Natal, o grupo de procedimentos à disposição dos psicólogos abrange 18 ações divididas entre a atenção básica (4 procedimentos), especializada (7 procedimentos) e alta complexidade (7 procedimentos). Embora abarque ações que busquem uma atenção multiprofissional num primeiro momento, a fluidez na interpretação do que sejam as ações e na sua execução favorecem a permanência dos modelos individualizantes.

O objetivo deste estudo foi analisar os indicadores estatísticos acerca dos procedimentos realizados por psicólogos nos serviços de saúde pública municipal, disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais, e dimensionar em que medida a estrutura do SIA/SUS influencia a manutenção do modelo de atuação do psicólogo na atenção básica. Embora considerando a confiabilidade relativa dos registros disponíveis no SIA, tomou-se tal banco como base de informações sobre a atuação dos psicólogos na rede, pelo menos no que tange ao que é oficialmente disponibilizado à sociedade.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um levantamento documental das portarias, leis, resoluções e outros dispositivos que pudessem fornecer informações sobre a evolução da implantação dos serviços acima mencionados. Além disso, as estatísticas dos procedimentos realizados por psicólogos nos anos de 2000 a 2003 disponíveis SIA/SUS foram consideradas como dados oficiais sobre sua atuação nos referidos serviços. As estatísticas foram analisadas considerando-se a natureza das intervenções, os procedimentos, grupos e faixa etária de maior incidência de acordo com a própria estrutura de apresentação dos dados no sistema.

## RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados referem-se aos procedimentos realizados por psicólogos natalenses

registrados no SIA/SUS no período 2000-2003, coletados junto ao Setor de Estatísticas Vitais da Secretaria Municipal de Saúde de Natal. A escolha por este intervalo de tempo deu-se em função dos registros digitais disponibilizados para consulta.

Um primeiro dado a ser destacado é a diferença numérica entre os procedimentos que pertencem ao nível mais baixo de complexidade – no qual deveriam estar todos aqueles ligados à prevenção (Tabela 1) – e os especializados. No primeiro caso, dos quatro procedimentos disponíveis (em contraposição a 14 especializados ou de alta complexidade), apenas dois podem, de fato, caracterizar alguma atividade educativa e/ou preventiva. Os demais, em se tratando da Psicologia, provavelmente envolvem atividades de intervenção como será discutido adiante.

**Tabela 1.** Procedimentos que envolvem a atuação do psicólogo no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS em Natal

Nível de Complexidade	Tipo de Procedimento
Atenção Básica	Atividade Educativa em Atenção Básica com grupo na comunidade
	Atividade Educativa em Atenção Básica com grupo na unidade
	Consulta/atendimento em Atenção Básica por outros profissionais de nível superior
	Visita domiciliar para consulta/atendimento em Atenção Básica
Atenção Especializada	Atividade educativa em assistência especializada de alta complexidade
	Consulta/atendimento em assistência especializada de alta complexidade
	Aplicação de teste para Psicodiagnóstico
	Terapias em grupo
	Terapias individuais
	Visita domiciliar para consulta/atendimento em assistência especializada de alta complexidade
Alta Complexidade	Atendimento domiciliar terapêutico multiprofissional (ADTM) – outras patologias
	Acompanhamento de pacientes que demandem cuidados intensivos em saúde mental
	Acompanhamento de pacientes que demandem cuidados semi-intensivos em saúde mental
	Acompanhamento de pacientes que demandem cuidados não intensivos em saúde mental
	Acompanhamento de pacientes dependentes de álcool e outras drogas que demandem cuidados intensivos em saúde mental
	Acompanhamento de pacientes dependentes de álcool e outras drogas que demandem cuidados semi-intensivos em saúde mental
	Acompanhamento de pacientes dependentes de álcool e outras drogas que demandem cuidados não intensivos em saúde mental
Acompanhamento de pacientes que necessitam de estimulação neuro-sensorial	

Ao analisar os índices das atividades realizadas na atenção básica, especializada e de alta complexidade (Tabela 2), à primeira vista parece haver um equilíbrio entre as ações preventivas e as de intervenção. Os

chamados procedimentos da atenção básica foram responsáveis por 45,79% dos atendimentos realizados por psicólogos nos anos estudados, enquanto que as ações especializadas representaram 49,17% dos pro-

cedimentos realizados no mesmo período. As ações de alta complexidade chegaram a 5,03% do total de atividades realizadas. Ao unir os dois grupos de ações especializadas temos um percentual de 54,2% de intervenções nos níveis mais complexos. Vale salientar que, no último caso, só há registro de atividades a partir de 2002 quando foi criado o grupo de número 38 “Acompanhamento de Pacientes”, cujos dados são apresentados como procedimentos de alta complexidade. Antes disso, todo o atendimento direcionado à

demanda em saúde mental esteve diluído nas ações especializadas. A diferença entre os dois níveis de atenção não seria tão discrepante se permanecêssemos neste nível de apreensão. Contudo, ao examinar mais detalhadamente a prática psicológica – dos 124.219 procedimentos realizados na atenção básica, 112.236 são consultas/atendimentos, ou seja, 90,35% das ações –, percebe-se que não há uma distribuição uniforme entre as ações nos níveis mais e menos complexos.

**Tabela 2.** Frequência pelo nível de complexidade do procedimento e ano de cobrança

Nível de complexidade do procedimento	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Total	%
Procedimentos da Atenção Básica	26465	49,48	29113	47,74	31907	46,79	36734	41,45	124219	45,79
Procedimentos Especializados	27022	50,52	31864	52,26	34885	51,15	39624	44,72	133395	49,17
Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade	0	0	0	0	1405	2,06	12256	13,83	13661	5,03
TOTAL	53487	100	60977	100	68197	100	88614	100	271275	100

Considerando apenas os procedimentos da atenção básica (Tabela 3), as atividades educativas dentro e fora das unidades, tradicionalmente sinônimo de atenção básica, juntas, não chegam a 9% das ações neste nível nos quatro anos estudados. Esse dado não apresenta, nem mesmo, uma tendência de crescimento, já que os índices oscilam durante os anos e nunca ultrapassam os 5%. Se considerarmos um leque restrito de ações que alcançaram o número de 271.275 procedi-

mentos, apenas 10.618 foram realizados em grupo com o intuito de promover saúde e prevenir doenças, ou seja, 3,91% de ações preventivas. É uma perspectiva desanimadora quando se constata, ainda, que estão computadas nesses índices as visitas às comunidades para diálogos com representantes locais, visitas às escolas para trabalhos junto aos professores, entre outras ações.

**Tabela 3.** Frequência por procedimento na Atenção Básica

PROCEDIMENTO	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Total	%
Ativ. Educ. Atenção Básica com grupo na comunidade	1318	4,98	821	2,82	1595	4,99	1749	4,76	5483	4,41
Ativ. Educ. Atenção Básica com grupo na unidade	940	3,55	950	3,26	1418	4,44	1827	4,97	5135	4,13
Cons./Atend. em Atenção Básica	23892	98,02	27025	92,82	28422	89,07	32897	89,55	112236	90,35
Visita Domiciliar em Atenção Básica	315	1,19	317	1,08	472	1,47	261	0,71	1365	1,09
Total de procedimentos em Atenção Básica	26465	49,47	29113	47,74	31907	46,78	36734	41,45	124219	45,79
Total de procedimentos	53487	100	60977	100	68197	100	88614	100	271275	100

As visitas domiciliares para consulta em atenção básica se revelaram um procedimento em vias de extinção<sup>3</sup>. Seu índice permaneceu em 0,5% do total de ações e pouco passou de 1% no grupo das ações básicas. Na verdade, as visitas domiciliares foram criadas

para assistir usuários que não podiam se deslocar até as unidades. Com a criação do Programa de Saúde da Família, tais visitas ficaram a cargo das equipes de saúde da família que, em Natal, não comportam psicólogos. Daí se justifica o decréscimo progressivo de

tal atividade. Na dependência de encaminhamentos de outros profissionais e sobrecarregados de trabalho com a demanda que chega diariamente às unidades, mesmo que as solicitações para visitas domiciliares acontecessem, não seria possível que fossem realizadas com frequência. Nos locais em que ainda não há equipes de PSF, a falta de articulação entre os profissionais de Psicologia e os agentes comunitários de

saúde é mais um adendo que justifica a baixa incidência das visitas domiciliares.

Entre os procedimentos especializados (Tabela 4), a grande atividade são as terapias individuais. Elas correspondem a 87,31% de um total de 133.395 ações. Agregando esse dado às consultas/atendimentos em assistência especializada (3.612 procedimentos representando nesta categoria 2,7%) temos um total de 90,01% de atividades clínicas tradicionais.

**Tabela 4.** Frequência por procedimento na atenção especializada

Procedimento	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Total	%
Atividade educativa em AE de alta complexidade	23	0,08	54	0,16	208	0,59	430	0,10	715	0,53
Cons./atend. AE de alta complexidade	782	2,89	682	2,14	327	0,93	1821	4,59	3612	2,70
Aplicação de teste para Psicodiagnóstico	321	1,18	630	1,97	1362	3,90	2200	5,55	4513	3,38
Terapias em Grupo	885	3,27	1113	3,49	2223	6,37	2576	6,50	6797	5,09
Terapias Individuais	24857	91,98	29213	91,68	30334	86,95	32070	80,93	116474	87,31
Visita Domiciliar	153	0,56	172	0,53	431	1,23	527	1,33	1283	0,96
ADTM	1	0,003	0	0	0	0	0	0	1	-
<b>Total</b>	<b>27022</b>	<b>100</b>	<b>31864</b>	<b>100</b>	<b>34885</b>	<b>100</b>	<b>39624</b>	<b>100</b>	<b>133395</b>	<b>100</b>

Entre as ações especializadas não houve incidência significativa dos demais procedimentos. As terapias em grupo, embora apresentem uma tendência de crescimento, ainda não se destacam no rol de atividades dos psicólogos do município. Seu baixo índice (5,09% do total de procedimentos estudados nos quatro anos) destoa das pressões para a realização desta atividade em virtude da alta demanda que procura os serviços psicológicos. Nesta mesma perspectiva, as atividades educativas na alta complexidade abarcaram apenas 0,53% dos 271.275 procedimentos realizados nos anos estudados.

A aplicação de testes para psicodiagnóstico também é um procedimento cujo índice estatístico não é representativo dos serviços estudados. Contudo, os testes têm sido um instrumento utilizado cada vez mais pelos psicólogos. Não é possível saber, entretanto, em que medida eles são parte de um processo de psicodiagnóstico, já que o SUS não considera as demais etapas em conjunto. Apesar do evidente crescimento, o procedimento representa apenas 3,38% das ações neste nível de atenção e 1,66% do total de procedimentos realizados nos quatro anos analisados. É possível que o psicodiagnóstico tenha seu registro

mesclado às consultas/atendimentos de alta complexidade, já que o registro específico de tal atividade só acontece quando há solicitação de laudo para estabelecimento de parecer nexo-causal ou laudos psicológicos em casos específicos, como crianças com queixas escolares, gestantes, entre outros casos. Na maior parte dos casos, o acompanhamento psicológico ainda prescinde da realização do psicodiagnóstico.

Um outro aspecto se refere aos procedimentos de alta complexidade (Tabela 5). Primeiramente, este grupo de ações passou a existir no SIA/SUS a partir de 2002; portanto, não há como fazer comparações entre os índices e o total de ações computadas no SIA nos quatro anos estudados. Antes disso, o atendimento à população que hoje é alvo das ações de alta complexidade esteve categorizado num grupo de ações especializadas e que foi extinto. Com a criação do grupo de procedimentos de número 38 “Acompanhamento de Pacientes”, paulatinamente os psicólogos passaram a registrar suas atividades de acordo com as respectivas determinações, mesmo quando atuando em unidades que, por definição, não comportam ações de alta complexidade.

**Tabela 5.** Frequência por procedimento na alta complexidade

PROCEDIMENTO	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Total	%
Acomp. Pac. que demandam cuidados intens. saúde mental	0	0	0	0	68	4,83	972	7,93	1040	7,61
Acomp. Pac. que demandam cuidados semi-intens. saúde mental	0	0	0	0	62	4,41	651	5,31	713	5,21
Acomp. Pac. que demandam cuidados não intens. saúde mental	0	0	0	0	4	0,28	44	0,35	48	0,35
Acomp. Pac. que demandam cuidados intens. álcool/outras drogas	0	0	0	0	762	54,23	7748	63,15	8510	62,29
Acomp. Pac. que demandam cuidados semi-intens. álcool/outras drogas	0	0	0	0	485	34,51	2430	19,82	2915	21,33
Acomp. Pac. que demandam cuidados não intens. álcool/outras drogas	0	0	0	0	24	1,70	317	2,58	341	2,49
Acomp. Pac. necessitam est. neurosensorial	0	0	0	0	0	0	94	0,76	94	0,68
<b>Total proced. Alta Complexidade</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1405</b>	<b>100</b>	<b>12256</b>	<b>100</b>	<b>13661</b>	<b>100</b>

Nesse grupo, o destaque recai sobre o acompanhamento de dependentes químicos que necessitam de cuidados intensivos em saúde mental. Tais atendimentos resultaram em 62,29% dos procedimentos registrados na alta complexidade nos quatro anos, seguidos pelo acompanhamento semi-intensivo para esta mesma população (21,33%). Por fim, ao considerar o panorama geral das ações registradas no SIA/SUS (Tabela 6), é clara a predominância das (psico)terapias individuais com 36,55% do total de procedimentos registrados em todos os níveis nos quatro anos, seguidas de perto pelas consultas/atendimentos em atenção básica que alcançaram 34,53% das ações. Os dois tipos de intervenção juntos representam 71,08% de todos os procedimentos da Psicologia em Natal. É um

índice significativo se considerarmos que são 18 as ações passíveis de realização na rede. Além disso, não é desarrazoado unir duas ações que, na prática, parecem não apresentar diferenças significativas. Mais ainda, ligam-se diretamente ao escopo da clínica tradicional. O acompanhamento intensivo de dependentes químicos foi responsável, no montante geral, por apenas 3,14% dos procedimentos, seguido das terapias em grupo (2,51%) e das atividades educativas em atenção básica com grupo na comunidade (2,02%). Em suma, a única ação que se relaciona às indicações de prevenção e promoção de saúde representou registrou 5.483 de um total de 271.275 procedimentos registrados.

**Tabela 6.** Frequência por procedimento e ano de cobrança

PROCEDIMENTOS	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	Total (%)
Terapias Individuais	46,47	47,91	44,48	36,19	36,55
Consulta/Atend. Atenção Básica outros profissionais	44,67	44,32	41,68	37,12	34,53
Acomp. Pac. dep. álcool/droga dem.cuid. intens. em saúde mental	0,00	0,00	1,12	8,74	3,14
Terapias em grupo	1,65	1,83	3,26	2,91	2,51
Ativ. Educ. Atenção Básica c/grupo comun. nível superior	2,46	1,35	2,34	1,97	2,02

## DISCUSSÃO

Partindo da análise do banco de dados oficial responsável por tornar pública todas as ações realizadas na rede de assistência à saúde do município ora estudado, verifica-se que o SUS apresenta um sistema de procedimentos que deveriam ser realizados em função da classificação da unidade que os comporta: atenção básica realiza procedimentos da atenção básica, atenção especializada realiza procedimentos especializa-

dos e assim por diante, supondo que as unidades só atenderiam os casos condizentes com a sua classificação. Não é um fato novo que não há uniformidade no atendimento à demanda e os profissionais findam por receber usuários com os mais variados problemas. Assim, como oficializar tais ações nas unidades ambulatoriais especializadas que atendem dependentes químicos, mas que 'não deveriam' atender? E não são apenas casos de acompanhamento, são casos crônicos, são casos de crises agudas, entre outros. Por que um

acompanhamento de pacientes, inclusive os que não necessitam de cuidados intensivos, é classificado como alta complexidade e o trabalho em centros referenciados ou em ambulatórios que realizam a mesma ação não são considerados e nem remunerados como tal? Tais indagações se perdem em meio à constatação de que a implantação de um sistema de saúde é um processo e, como tal, está sujeito às injunções de diversas ordens estando passível, em virtude disso, de sofrer avanços, retrocessos e alterações que podem influenciar na adoção e construção de modelos de atuação.

É fato que as distorções na concepção das ações ainda marcam a estruturação dos procedimentos, haja vista o privilégio (financeiro e quantitativo) dado às ações de média e alta complexidade. Mais ainda: as dificuldades em caracterizar e diferenciar ações por níveis de complexidade dão margem a distintas interpretações por parte de quem alimenta o banco de dados e de quem o utiliza. Tome-se, como exemplo, as intervenções na atenção básica realizadas pelos psicólogos. Um nível que, em tese, deveria comportar ações de cunho coletivo, na prática redundam em ações individualizadas que, muito provavelmente, estão diretamente ligadas às atividades clínicas já conhecidas. Portanto, o que, a princípio, parece ser um avanço em direção às determinações do sistema, especialmente no que se refere à promoção, prevenção e atuação multidisciplinar, na verdade é uma permanência travestida em novidade. Sessões psicoterápicas, triagem, aconselhamento psicológico e acolhimento são as principais atividades desenvolvidas sob a rubrica das consultas e atendimentos, mas que, por falta de uma definição específica, são agrupadas nessa categoria.

A repetição do procedimento de consulta em diferentes níveis de atenção suscita questões acerca do tipo de ação esperada por parte do profissional da Psicologia em cada nível de assistência. Na verdade, não há parâmetros que diferenciem a atividade de consulta por nível de complexidade. O local onde o procedimento é realizado poderia ser diferenciador, mas, além de as consultas poderem ser realizadas em vários lugares comuns, apenas o nível hierárquico de uma unidade na rede não justifica a criação de procedimentos específicos se, na prática, não guardam diferenças.

Não é possível negar que o trabalho do psicólogo se consolidou em torno da atividade clínica na sua vertente psicoterápica. Também não podemos desconsiderar que as propostas de uma atenção preventiva e educativa, se comparadas à tradição assistencial/curativista, ainda são recentes e carecem de suporte instrumental e técnico. Contudo, o SIA é bastante vago

na definição da natureza dos procedimentos e direcionamento acerca do modelo de atuação a ser adotado pelas diferentes categorias profissionais. Essa fragilidade do sistema dificulta a assimilação e reprodução de uma visão diferenciada de saúde e de assistência. No caso da Psicologia, a fluidez na definição das ações associada à tradição do atendimento clínico tradicional e, até mesmo, à cultura profissional, impõem o psicólogo a um atendimento 'de resultados', ou seja, ao manejo de situações clínicas clássicas e já bastante familiares desde a formação profissional.

Essa ilação se reforça ao verificarmos que a alta frequência das atividades individuais é significativa quando confrontada a prática psicológica aos direcionamentos do SUS, embora o seu correspondente na atenção básica seja mais preocupante em virtude das diferentes propostas de atenção para cada nível. Se o sistema propõe consultas/atendimentos específicos para cada nível de assistência, em tese, supõe-se que deva haver características que os particularize. Tais características se refeririam não só ao grupo a que se destina o procedimento, mas à ação em si. No caso da Psicologia, essas diferenças não só não existem como se mesclam a um outro procedimento, a terapia individual. São, portanto, três possibilidades de registro de ações que não se sabe como são caracterizadas e os critérios adotados por cada profissional para que um ou outro procedimento seja efetuado em cada caso atendido nas instituições de saúde pública.

Um contraponto ao atendimento individual poderia ser sinalizado pelo crescimento das terapias em grupo. Há que se considerar que tal fato pode dever-se a uma tentativa de manutenção da atividade psicoterápica apesar das críticas que tal modalidade de intervenção vem sofrendo, especialmente por parte dos grupos existentes nas entidades de representação profissional e nas agências formadoras. A (psico)terapia grupal funcionaria como uma resposta à necessidade de atendimento a uma demanda maior ao passo que ainda poderia continuar a ser um espaço de difusão do conhecimento e da intervenção clínicos.

No caso dos ambulatórios especializados, as injunções se refletem na dificuldade de estabelecer e aplicar as regras uniformizadas de triagem e encaminhamento de usuários que possam se adaptar às mudanças de demanda ou das características dinâmicas da própria unidade. O quadro delineado hoje nessas instituições é o de que tais locais não conseguem atender à demanda, as unidades básicas são forçadas a acompanhar usuários, os procedimentos de alta complexidade são realizados em unidades de média complexidade etc. Além disso, há uma concentração de ações especializadas e direcionadas aos transtornos mentais,

sejam por dependência química ou por outros fatores. Nesses casos, as ações se dividem de acordo com o estágio de evolução dos quadros atendidos, mas não há diversificação nas atividades, que respondem pelo nome genérico de 'acompanhamento'. Além disso, há uma repetição de procedimentos em níveis de atenção diferenciados que traz subjacente a idéia de que existe uma atuação diferenciada em certos casos que depende do nível de complexidade da unidade que presta os respectivos procedimentos. Exemplificando: há a possibilidade de realização de atividades educativas com grupos na unidade tanto na atenção básica como na especializada, contudo, ao consultar a definição de cada uma dessas ações, não há diferenças significativas entre ambas que justifiquem uma duplicidade nesse procedimento. Supondo-se que as atividades educativas, mesmo constando na atenção básica, possam figurar nas ações especializadas, não há critérios para a sua realização. Considerando-se que neste nível os procedimentos estão relacionados à intervenção, uma atividade de prevenção fica deslocada. Além disso, muitas das atividades classificadas como 'terapias em grupo' têm, claramente, uma conotação educativa, fato que dificulta um real dimensionamento da frequência das referidas atividades. Isso ocorre, possivelmente, porque o SIA tenta, de um lado, abranger todas as ações passíveis de realização pelas variadas categorias profissionais mas, por outro, torna algumas ações tão específicas que impedem qualquer adaptação.

A concentração de procedimentos em patamares de cuidados intensivos não surpreende já que, atualmente, são escassos os dispositivos que assistam aos usuários que prescindem de tais cuidados. A criação de uma **rede** de atenção à saúde mental não se efetivou e os CAPS permanecem como as únicas instituições capazes de atender essa demanda, salvo os ambulatórios de saúde mental e de dependentes químicos que, embora acolham esses usuários, não podem registrar suas ações no grupo 38. Portanto, acompanhamentos não intensivos podem ocorrer em outros locais que não os ambulatórios especializados, mas não é possível saber a sua dimensão, já que são registrados sob outro nome. Em outras palavras, alguns centros referenciados que atendem casos de dependentes químicos, de transtornos mentais e de pessoas com necessidade de acompanhamento neurosensorial se encontram no nível mais baixo de assistência. Desta forma, não podem computar seus atendimentos como sendo de alta complexidade, quando, pela definição do SUS acerca do grupo de atendimento, seriam. Por terem um leque de procedimentos um tanto quanto restrito, os profissionais tendem a classificar suas ações no grupo de procedimentos previstos para a unidade em que se

inserem e ainda da forma que mais se assemelha ao que de fato fazem.

## CONCLUSÃO

De maneira geral, a evolução da conformação da rede de assistência provocou mudanças significativas na forma de atenção à saúde no Brasil. Contudo, as sucessivas tentativas de implementar os princípios fundamentais do sistema falham ao considerar que a instalação de estrutura física ou de programas, sem a transformação da concepção do que seja o processo saúde-doença, são suficientes para que o SUS se consolide por si só. Por isso as constantes críticas e reformulações, sempre ineficazes. Além disso, o modelo preconizado para o SUS, hoje, está na contramão das tendências políticas e econômicas em evidência. Se, como afirmou Draibe (1990), o país falhou em montar um *Welfare State*, certamente em tempos de neoliberalismo, a precarização do sistema dá força às tendências cada vez mais privatizantes, individualizantes e que requerem conhecimento especializado. Pensar em um sistema, único, que implica a construção de um novo paradigma na concepção e trato à saúde sob a responsabilidade do Estado, é tarefa que exige a crença na reversão das tendências de um Estado mínimo, fato que não se corrobora.

A ênfase nas ações de promoção e prevenção, a hierarquização e a intersectorialidade, condições fundamentais para se pensar qualquer desdobramento do SUS, não são aplicadas na estrutura corrente do sistema. O conceito de saúde, que deveria estar na base de toda a estrutura de ação subjacente não foi assimilado pelos profissionais e nem conseguiu se refletir em seu trabalho. Conseqüentemente, os serviços planejados não se efetivam da forma desejada porque se perde tal concepção de vista e se permanece no modelo anterior, qual seja, o individual-assistencialista. Vale salientar que a adoção do ideário e da agenda neoliberais reforçam tal modelo, ao atribuir um caráter individual ou familiar na responsabilidade pela saúde. Ou seja, retira-se das condições de existência e da contradição capital-trabalho a responsabilidade sobre questões desta ordem. Isso vale não apenas para a Psicologia, mas para todos os profissionais que estão na saúde pública. A categoria dos psicólogos apenas se utiliza dessa estrutura para reforçar e justificar a permanência dos segmentos psicoterápicos. Silva (1992) reitera tal afirmação ao pontuar o incômodo que a possibilidade do não uso das intervenções psicoterápicas causam já entre aqueles em processo de formação. Mais uma vez, é preciso que se diga que esse não é um movimento unilateral. Há casos em que psicólogos tentam

desenvolver trabalhos cuja ênfase recai sobre as condições de vida, sobre estratégias de alteração de situações de risco, enfim, ações que buscam interferir nos determinantes das condições que propiciam a doença. Entretanto, a rede, ao não exigir, entre outros parâmetros, o cumprimento do requisito importante do trabalho em equipe multidisciplinar, abre espaço para que os profissionais se eximam de sair dos muros das unidades, transformando esse tipo de ação comunitária em uma atividade isolada e sem grande repercussão.

A distribuição dos procedimentos suscita um desconhecimento das peculiaridades da profissão, principalmente após a possibilidade para a estruturação de novas formas de atuação mais adequadas à realidade do serviço público. A repetição de procedimentos idênticos que podem ser desenvolvidos em níveis de complexidade diferentes conduz à análise de que não há uma linearidade na construção de um modelo de atuação numa rede de assistência pautada pelos princípios contidos na lei de implantação do SUS.

Como contraponto, a adaptação dos psicólogos a tais determinações e, mais ainda, o seu desconhecimento quanto ao funcionamento do sistema em que estão inseridos, reforça a idéia de que ainda há, na Psicologia, uma prática centrada em si mesma e que assume o indivíduo em sofrimento como sujeito de seu trabalho. A profissão ainda não reproduziu, de maneira significativa, em sua prática, os resultados das discussões sobre sua relevância e compromisso sociais e sobre uma atuação condizente com as diferentes realidades dos usuários dos serviços públicos de saúde. Seria injusto atribuir esse fato tão somente aos psicólogos e, por isso, apontamos o forte direcionamento do SUS para as práticas individualizantes e curativas que direcionam seus trabalhos. Podemos citar como exemplo a forma de controle das ações do SUS. As estatísticas computadas no SIA/SUS são responsáveis pela manutenção de programas, de financiamentos, de gratificações para os profissionais etc. Contudo, os números não permitem visualizar a quantidade de agravos que deixaram de ocorrer, ou seja, que foram prevenidos, como resultado de atividades educativas e preventivas. A remuneração para ações deste grupo é fixa, não importando a população atingida por seus programas.

Por outro lado, a ausência de uma proposta única e coerente de atuação e de uma solidez política na profissão impede que a Psicologia se utilize da fluidez das diretrizes do SUS para consolidar um modelo de trabalho que espelhe um comprometimento com os ideais democráticos da reforma sanitária e com a cidadania dos usuários. A consolidação da Psicologia como uma profissão de saúde pública representa uma

crença em sua potencialidade como instrumento de transformação e o reconhecimento de fatores subjetivos, emocionais, enfim, da história e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população. Contudo, esse discurso ainda não repercutiu significativamente na cultura profissional e leiga que permeia a atuação do psicólogo, já que as mudanças nos padrões de atuação ainda não são consistentes o suficiente para mudar as feições da prática psicológica no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- Boarini, M. L. (1996). A formação necessária do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 1(1), 93-132.
- Branco, M. A. F. (1996). Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2), 267-70.
- Carvalho, D. B. & Yamamoto, O. H. (1999). Psicologia e saúde: uma análise da estruturação de um novo campo teórico-prático. *Psico*, 30(1), 5-28.
- Cohn, A. (1997). Estado, políticas públicas e saúde. Em A. M. Canesqui (Org.), *Ciências sociais e saúde* (pp. 157-171). São Paulo: Hucitec.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 95-121.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Draibe, S. M. (1990). As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas. Em Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/IPLAN. *Prioridades e perspectivas de políticas públicas para a década de 90: políticas sociais e organização do trabalho*. Brasília: IPEA / IPLAN, v. 4, p. 1-66.
- Gerschman, S. (1995). *Democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Jackson, A. L. & Cavallari, C. D. (1991). Estudo sobre a inserção dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. *Cadernos CRP-06*, 7-31.
- Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Assistência à Saúde (1993). *Projeto de reestruturação da atenção à saúde mental*. [Mimeografado].
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R., Carvalho, D. B. & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, IX(17), 71-89.
- Pereira, C. (1996). A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. *Dados*. Obtido em 22 de março de 2002 do World Wide Web: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52581996000300006&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300006&lng=pt&nrm=isso).

Silva, R. C. (1992). A Formação em Psicologia para o trabalho na saúde pública. Em F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.

Vasconcelos, E. (1999). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública nas duas últimas décadas. Em A. M. Jacó-Vilela, F. Jabur e H. B. C. Rodrigues

(Orgs.), *Clio-Psychê: histórias da Psicologia no Brasil* (pp. 121-147). Rio de Janeiro: UERJ.

Recebido: 23/09/2005

Revisado: 29/11/2005

Aceito: 07/12/2005

## Notas:

<sup>1</sup> Os autores agradecem ao CNPq e à CAPES pelo apoio para a realização da pesquisa que deu origem a este trabalho.

<sup>2</sup> Ao nos referirmos à clínica tradicional nos reportamos à noção de uma prática centrada no indivíduo que sofre e que traz uma queixa a ser trabalhada individualmente, num *setting* psicoterapêutico, sob uma abordagem teórica particular que, em geral, desconsidera o contexto sócio-histórico como agente determinado e determinante das condições efetivas com que se apresenta o sujeito alvo da atenção clínica.

<sup>3</sup> Optamos por não discutir o referido procedimento já que ele está progressivamente sendo extinto das atividades correntes realizadas nos serviços de Psicologia. Em virtude desse limite, a frequência do atendimento domiciliar terapêutico é de tal forma baixa que não tem um nível de significância que permita alguma discussão.

## Sobre os autores:

**Isabel Fernandes de Oliveira:** Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Doutora em Psicologia Clínica – Universidade de São Paulo.

**Candida M. Bezerra Dantas:** Mestranda em Psicologia – Programa de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsistas CAPES.

**Ana Ludmila F. Costa:** Mestranda em Psicologia – Programa de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsistas CAPES.

**Tatiane Medeiros Silva Gadelha:** Aluna de graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Bolsista Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFRN.

**Elisa Maria Parahyba Campos Ribeiro:** Professora do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, doutora em Psicologia – Universidade de São Paulo.

**Oswaldo H. Yamamoto:** Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; doutor em Educação – Universidade de São Paulo; coordenador do Grupo de Pesquisas Marxismo & Educação (Diretório CNPq). Bolsista CNPq.

**Endereço para correspondência:** Departamento de Psicologia – UFRN, Caixa Postal 1622, 59078-970, Natal, RN. (fernandes.isa@uol.com.br)