

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional -
Mestrado

**PSICOLOGIA E SAÚDE: PROBLEMATIZANDO O TRABALHO DO
PSICÓLOGO NAS EQUIPES MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha

Orientadora: Prof^a Dr^a Jaqueline Tittoni

Porto Alegre, fevereiro de 2004

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

**PSICOLOGIA E SAÚDE: PROBLEMATIZANDO O TRABALHO DO
PSICÓLOGO NAS EQUIPES MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial
para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia Social.

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha

Orientadora: Prof^a Dr^a Jaqueline Tittoni

Porto Alegre, fevereiro de 2004

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho aos meus pais, Adelar e Cândida (*in memoriam*) por sua abnegação, dedicação e amor incondicional.

Este trabalho foi produzido nos encontros da vida, que foram deixando marcas e produzindo inquietações. Parte dessas inquietações tentei sistematizar nesta dissertação, uma vez que estou inteiramente implicada com o tema.

Quando começo a pensar a quem e a quantos agradecer, lembro de parte da letra da música de Gonzaguinha “Caminhos do Coração” que diz: “Aprendi que se depende sempre de tanta muita diferente gente; toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas”.

E são centenas: colegas de trabalho nos Serviços Municipais de Saúde onde trabalhei, gestores, usuários. Aos que foram alunos no curso de Psicologia da UCS, e de outros cursos de graduação da UCS e da UNIVATES, pelos questionamentos e trocas de experiências; aos reitores, chefes de departamento, colegas professores e funcionários . Então, a todos aqueles que de modo mais intenso ou menos intenso, consciente e/ou inconscientemente, partilham ou partilharam comigo dessas experiências: obrigado.

Mas há também muitos que preciso nomear:

Ao meu companheiro Solon, e a minha filha Bibiana, pelas muitas demonstrações de incentivo, apoio e amor que manifestam diariamente;

Ao meu filho Bolívar (*in memoriam*) pelas muitas lições de amor, de fé, de coragem, esperança e de perseverança que nos deu no curto período que esteve conosco fisicamente;

À orientadora e amiga Jaqueline, pelo acolhimento afetivo, pela sensibilidade e estímulo nas muitas horas de discussão e elaboração desta dissertação;

Ao Ricardo B. Ceccim, à Rosane Neves e a Liane Righi, pelas contribuições na banca de qualificação do projeto e incentivo para a produção deste trabalho;

Ao Glademir Schwingel e Sérgio Kniphoff, pela acolhida na 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, pelo cuidado e carinho nos momentos de perda, pelas longas e produtivas discussões sobre as políticas de saúde e pelo apoio para a realização do mestrado;

Aos demais colegas da 16ª CRS, pelo apoio no planejamento e na implementação das ações de saúde na região, em especial à Ariane J. Arenhardt, amiga e parceira na discussão de estratégias para incrementar os serviços de Saúde Mental;

Aos amigos e amigas, companheiras e companheiros de muitos anos de luta por mudanças e inovações na atenção à saúde: Sandra Fagundes, Delvo Oliveira, Terezinha Klafke, Carmem Oliveira, Flávio Resmini, Elza Timm, Alfredo Lameira, Judete Ferrari, Miriam Dias, e muitos outros parceiros envolvidos com esta causa;

Ao Mario Testa e ao Ruben Ferro, pela amizade e pelas inquietações teóricas que proporcionam e a ousadia da invenção e da produção de novas estratégias;

Aos colegas e às colegas de turma do mestrado, e, em especial, à Selda, pela parceria e amizade nos estudos e também nos momentos pessoais mais difíceis;

E, finalmente, aos integrantes do Fórum Regional de Saúde Mental e, de forma muito especial, às psicólogas que se dispuseram a participar do grupo de discussão sobre as práticas dos psicólogos nas equipes municipais de saúde, pelo apoio, pela parceria e pela coragem de explicitar temores, incertezas, fragilidades, sonhos e projetos de vida, muito obrigada. Com certeza, este trabalho não é meu, é nosso!

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUÇÃO	8
1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS: PSICOLOGIA E SAÚDE.....	12
1.1 A Psicologia em história: construindo o campo saúde e a psicologia	12
1.2 Psicologia, Saúde e Doença: tensionamentos	27
2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	36
2.1 O QUE É O FÓRUM REGIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	40
3 PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO E A FORMAÇÃO	43
3.1 OS MOVIMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA IMPLANTAÇÃO DO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) NO RIO GRANDE DO SUL E SEUS EFEITOS NA REGIÃO ESTUDADA.....	43
3.2 FORMAÇÃO ACADÊMICA	49
3.2.1 A Formação Acadêmica do Psicólogo.....	49
3.2.2 O Trabalho do Psicólogo	58
3.3 O SUS E AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE : TEORIA E PRÁTICA	68
3.4 A PSICOLOGIA E OS PSICÓLOGOS: IDENTIDADES POSSÍVEIS	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXO: Termo de Consentimento Informado.....	87

RESUMO

Este estudo problematiza a inserção dos psicólogos nas equipes municipais de saúde, a partir da análise da experiência de um grupo formado por psicólogas que trabalham nas equipes de saúde de municípios do Vale do Taquari. São municípios pequenos: um deles tem 70 mil habitantes, os demais são menores, entre 3 e 20 mil habitantes. O estudo foi realizado no período de março de 2002 a janeiro de 2004.

Partiremos do pensamento foucaultiano com relação aos dispositivos, que no nosso estudo funcionam para o disciplinamento que forma-conforma psicólogos enquanto profissionais da área da saúde.

Através de encontros mensais com o grupo de psicólogas, discutimos e conhecemos suas práticas nos serviços municipais de saúde, e os conceitos de Sistema Único de Saúde (SUS) e do processo saúde-doença que sustenta essas práticas. A separação entre teoria e prática, ciência e profissão, mantida pelos cursos de graduação, aliado à manutenção de currículos voltados para a clínica tradicional (modelo médico hegemônico), mostrou que os psicólogos não se reconhecem como trabalhadores do SUS, mas importam para os serviços do Sistema práticas tradicionais, desconsiderando necessidades e especificidades do contexto sócio-econômico e cultural. A partir destas constatações entendemos que o psicólogo não se reconhece como trabalhador de saúde do SUS e, uma das razões fortes pode ser atribuída ao modelo de formação e prática que vem produzindo e reproduzindo esses modelos há 41 anos. Precisamos formar parcerias para inventar estratégias e promover mudanças nos modos de “fazer psicologia”.

ABSTRACT

The present study aims at inquiring the insertion of psychologists in the municipal health staff, based on the experience of a group of psychologists working in the health programs in the counties of the Taquari Valley. The municipalities are of small size: the largest one has 70 thousand inhabitants, while the other ones range from 3 to 20 thousand inhabitants.

The study is based on Foucault's idea on the mechanisms that work as instruction that form-conform psychologists while professionals of healthcare.

Through monthly meetings, we discussed and became acquainted with their practices in the counties health services, the concepts of "SUS", Health Unique System, as well as the health-disease process that supports these practices. The gap between theory and practice, science and profession, kept by the under-graduation programs, as well as programs engaged in traditional practice (hegemonic medical model) showed us that the psychologists do not see them as "SUS" workers, but bring to their work traditional practices, disregarding needs and peculiarities of the social-economical and cultural context. According to these analyses we understand that the psychologist does not see himself/herself as a "SUS" health worker, the main reason is the model of preparation and practice that has been produced and reproduced for 41 years. Thus, we have to organize partnerships to create strategies and promote changes in the "practice of psychology".

INTRODUÇÃO

O tema deste estudo refere-se às inquietações que nos acompanham há 21 anos, desde a conclusão do curso de Psicologia na Universidade de Passo Fundo, ao iniciar as atividades profissionais e perceber que a formação acadêmica estava distante das necessidades que as práticas impunham. Essa percepção nos acompanhou nas práticas desenvolvidas nos serviços municipais de saúde, na clínica privada, na docência dos cursos de graduação e no trabalho de capacitação de trabalhadores e gestores de saúde nas diferentes funções que exercemos neste período.

Passei pela experiência de ser aluna da primeira turma de um curso de psicologia, que foi se construindo e formando psicólogas e psicólogos para um mercado onde o campo de trabalho ainda se restringia quase que exclusivamente à clínica privada, à empresa e à escola. Mesmo assim, alguns já problematizavam e produziam formas de resistência a esses modelos de prática profissional. A participação ativa no movimento estudantil universitário, na organização do movimento dos direitos humanos e das “Diretas Já” foram também marcantes na nossa trajetória pessoal e profissional.

Outras experiências como a participação na discussão da Reforma Sanitária e da reforma psiquiátrica, com a elaboração da lei estadual, a criação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e o trabalho de capacitação de trabalhadores de saúde para a implementação de serviços locais de saúde mental em diferentes regiões do Rio Grande do Sul, nos anos 80 e 90, foram experiências importantes na minha formação profissional. Do mesmo modo, o trabalho na clínica privada e em instituições de ensino médio e superior por vários anos e, por fim, as atividades em uma Coordenadoria Regional de Saúde nos últimos cinco anos também integram este conjunto de experiências que produziram satisfação, mas também inquietações, e que nos levaram a buscar o mestrado para análise de algumas das questões que nos afetam intensamente.

Buscamos o mestrado em psicologia social como um espaço para a problematização da formação e das práticas dos psicólogos nas equipes municipais de saúde dos municípios do Vale do Taquari, tendo também como objetivo produzir espaços onde outros profissionais pudessem participar do processo da discussão de como se dá a inserção dos psicólogos nas políticas públicas, em especial, nas políticas de saúde. Com quem e com que propostas estamos nos comprometendo?

Inicialmente apresentamos numa reunião mensal do Fórum Regional de Saúde Mental a idéia de criar um grupo de discussão sobre as práticas profissionais no SUS (Sistema Único de Saúde) com psicólogos que estavam trabalhando em equipes municipais de saúde. Num primeiro momento 12 profissionais demonstraram interesse e participaram do primeiro encontro, quando houve uma apresentação e explicitação dos objetivos do grupo. Enfatizamos também tínhamos a expectativa que esse grupo pudesse seguir com os encontros após o término do nosso estudo com o objetivo de tornar-se um espaço de discussão e de produção de conhecimentos para o campo da psicologia e da saúde coletiva.

Nos encontros do grupo, foram discutidas questões relativas aos cursos de formação dos psicólogos, às condições de trabalho e as dificuldades de interação com os demais trabalhadores de saúde, à falta de preparo dos gestores municipais de saúde na organização e planejamento das ações, na contratação das equipes e o desconhecimento quanto à legislação e às diretrizes do SUS. As falas dos profissionais também demonstram que eles percebem a descontextualização que existe entre os cursos de formação e de especialização dos psicólogos e as propostas e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica. E essa percepção se dá de forma mais intensa quando iniciam suas atividades profissionais nos serviços municipais de saúde, gerando estranhamento e insatisfação.

No decorrer dos encontros, os profissionais foram pensando estratégias de participação e de interação com a equipe e com as comunidades onde trabalham através da participação mais efetiva nos conselhos municipais de saúde, tentando integrar-se a diferentes atividades na comunidade e alguns também passaram a escrever suas experiências para a apresentação e discussão em seminários e congressos como o Encontro da ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social) e outros a nível estadual e nacional. No entanto, acreditamos que estes são apenas os primeiros passos de uma longa caminhada para romper com velhas

teorias e modelos voltados para a “prescrição” de modos de ser e estar no mundo como receitas de sucesso e “normalidade” e para a construção coletiva de outros modos de pensar o trabalho, a formação, a saúde, a vida.

Este estudo está organizado de modo a apresentar, inicialmente, um breve percurso da Psicologia como campo de conhecimento e profissão, que se produz no cruzamento de diversos saberes e acontecimentos de ordem social, política e econômica, como demonstra a história da Psicologia, buscando compreender que implicações produzem na formação e nas práticas dos psicólogos. Em especial, dos psicólogos que trabalham no campo da Psicologia e saúde.

As concepções sobre saúde e doença, público e privado, coletivo e individual são importantes elementos para analisar as práticas profissionais, na medida em que podem funcionar como seus suportes e referenciais. A análise das concepções sobre a saúde e a doença busca apreender seus diferentes enfoques, buscando dar visibilidade às práticas que possibilitam a expressão de diferentes modos de trabalhar e de viver. No caso da Psicologia, o tensionamento entre o “tradicional” e o “inovador” são constitutivos de sua inserção no campo da saúde, na medida em que, mesmo que ocorra uma importante pressão para a “inovação”, a extensão dos pressupostos da clínica tradicional para o campo da saúde pública é uma característica importante.

O capítulo 2 apresenta a metodologia utilizada para analisar as práticas dos psicólogos, a qual fundamenta-se no grupo, pensado enquanto dispositivo (Benevides de Barros, 1997) porque nos permite, ao mesmo tempo, a intervenção junto a um grupo de psicólogos que problematiza seu trabalho cotidiano, bem como a análise do processo saúde-doença e as noções de Psicologia, tendo sido realizados encontros mensais com o grupo, no período de abril a novembro de 2003.

O capítulo 3 apresenta, de modo mais intenso, nossas problematizações e análises do material produzidos nos encontros do grupo de psicólogos. A questão da formação acadêmica do psicólogo foi a mais discutida nos encontros do grupo. As profissionais apontam deficiências nos conteúdos curriculares dos cursos de graduação, fortemente marcados pelo modelo médico hegemônico, apontando a ausência de estudos e práticas relativas às políticas públicas. Mostra, também, que os cursos de graduação fazem uma separação entre teoria e prática, ciência e

profissão, o que expressa a desconsideração com as necessidades dos serviços do SUS e com a qualificação dos profissionais que forma.

Esse modelo de formação acadêmica vai repercutir de forma significativa nos modos de trabalhar, de se inserir nas equipes municipais de saúde. As falas dos psicólogos mostram que eles importam para os serviços municipais de saúde as práticas da clínica tradicional, que é a ênfase nos cursos de graduação. O psicólogo desenvolve ações basicamente individuais, mesmo integrando uma equipe com diferentes categorias da área da saúde, em que predomina o uso das técnicas tradicionalmente aprendidas nos cursos de Psicologia, onde ele se reconhece como profissional.

A formação acadêmica voltada para a clínica privada e o trabalho desvinculado do restante da equipe mostra que os psicólogos, assim como outras categorias de trabalhadores da saúde, não conhecem os princípios e diretrizes do SUS e concebem saúde de forma desconectada das práticas de atenção básica. A maioria inicia sua atividade profissional nas equipes municipais de saúde desconhecendo do que tratam as propostas e princípios do SUS, por exemplo.

Essas constatações sugerem que o psicólogo não se reconhece como trabalhador de saúde do SUS e o modelo de formação que vem produzindo e reproduzindo esses profissionais há 41 anos não parece ocupar-se da produção deste reconhecimento. As entidades de controle do exercício profissional, como os Conselhos de Psicólogos e o MEC, ao organizarem concursos e difundirem as “especialidades” não parecem mobilizados para rever esses modelos. Hora de continuar na luta, inventando novas estratégias.

1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS: PSICOLOGIA E SAÚDE

1.1 A PSICOLOGIA EM HISTÓRIA: CONSTRUINDO O CAMPO SAÚDE E A PSICOLOGIA

A constituição da Psicologia como campo de conhecimento e profissão faz-se no cruzamento de diversos saberes e acontecimentos de ordem social, política e econômica, como bem demonstra a história da psicologia. Cruzamentos esses que foram produzindo diferentes desdobramentos, gerando multiplicidade em termos de teorias e de práticas na tentativa de dar conta das diferentes demandas cotidianas. Nesse sentido, justifica-se esse breve ‘percurso’ que busca compreender essas implicações na formação e nas práticas dos psicólogos, mais especialmente dos que trabalham no campo da Psicologia e saúde.

Inicialmente, é importante a contribuição dos estudos de Figueiredo (1995: 13) ao afirmar que:

A psicologia como área de saber e de atuação profissional pode ser considerada como um espaço de dispersão e prática que, ao mesmo tempo conserva alguma unidade e abriga em seu seio uma pluralidade aparentemente caótica de ocupantes: refiro-me, obviamente, aos diferentes e muitas vezes antagônicos sistemas psicológicos.

A pluralidade e a multiplicidade produzem efeitos importantes, segundo o autor (op.cit.:13):

A convivência com a multiplicidade, somada as perdas das esperanças de que a unidade doutrinária e metodológica pudesse vir a ser alcançada sem esforço e a curto prazo, tem conduzido muitos psicólogos a uma procura de seus pressupostos e a um empenho na reflexão em torno da história dos saberes psi e em torno de suas implicações no plano das práticas sociais.

A Psicologia apresenta-se como um campo múltiplo e disperso, tanto no nível do objeto como nas formas do “fazer Psicologia”. Esta expressão, “fazer psicologia”, é comentada por Kastrup (2000: 13) e atribuída a Ewald (1991:90), ao comentar “O *Anti-Édipo*”. A autora diz que

Esta expressão ganha força quando evoca um compromisso não apenas com a aplicação do saber psicológico constituído, mas envolve o processo de produção deste campo, a invenção da própria psicologia, tanto do ponto de vista da pesquisa teórica, quanto do ponto de vista da pesquisa de novas formas de trabalho profissional.

A ampla investigação desenvolvida por Figueiredo em várias publicações sobre esse tema¹ permitiu ao autor descrever, como ele mesmo denomina, “alguns momentos da gestação do espaço psicológico tal como ele se mostra” (Figueiredo, 1995:26). Esse espaço foi denominado pelo autor (op.cit: 26) como “território da Ignorância”, onde, segundo ele, estamos plantados desde o século XIX, quando há um progressivo amadurecimento da esfera privada, mas também a penetração e o aprofundamento dos controles públicos.

Seguindo nessa reflexão, Figueiredo (1995:27) aponta que:

O que vai caracterizar este território é a presença conjunta de três pólos ou eixos axiológicos balizando e modelando os processos de constituição das subjetividades: há um pólo representado pela plataforma Liberal, em que predominam as exigências e os valores de uma identidade claramente estabelecida, autônoma, autocontida e autotransparente; há um outro pólo representado pela plataforma Romântica, em que dominam as exigências e valores de espontaneidade impulsiva, autenticidade, singularidade e inserção orgânica nos movimentos das forças naturais e históricas; e, ainda, um terceiro pólo representado pelas novas técnicas de poder, sejam as que se aplicam molecular e calculadamente sobre cada indivíduo na sua pretensa independência (poder racionalizante, administrativo), sejam as que se aplicam à docilização das massas (poder carismático); para este conjunto de procedimentos adotei o nome de Disciplinas (Foucault).

Para Foucault (1996: 36), uma disciplina é “um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa os limites pelo jogo da identidade que tem a forma de uma reatualização permanente das regras”.

O disciplinamento funciona por meio de dispositivos sendo que Foucault (1989:244) define dispositivo através de três proposições:

¹ Como por exemplo, “Matrizes do pensamento psicológico” (Vozes, 1991) e A Invenção do psicológico. Quatro séculos de subjetivação (1500-1900) Escuta/Educ, 1992) na reconstituição dos modos de subjetivação modernos desde o final do século XV até o final do século XIX.

a. é um conjunto decididamente heterogêneo, que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas ou morais, entre outros; em suma, o dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos; b. nele está implicada a natureza do vínculo que pode existir entre esses elementos heterogêneos; e c. sua posição estratégica, na medida em que visa responder a uma urgência em um momento histórico dado, expressa sempre uma posição estratégica dominante.

Neste estudo, dispositivos funcionam para o disciplinamento que forma-conforma psicólogos enquanto profissionais da área da saúde. A visão de Psicologia e os pressupostos para análise do processo saúde e doença podem funcionar como importantes dispositivos, como veremos ao longo deste texto.

A discussão realizada nos encontros do grupo de psicólogas que trabalham nos serviços de saúde dos municípios do Vale do Taquari trouxe à tona a discussão sobre as diferentes formas de “fazer psicologia” tal qual afirma Figueiredo (op.cit.:27). Conforme um dos relatos:

“Acho que cada realidade tem suas coisas, mas o fato de estar dividindo com o médico, com a enfermeira, com a assistente social é importante. Agora eu vejo no meu município, nas visitas domiciliares: no início, meu Deus, eu pensava: O psicólogo ir nas casas? Pra quê? (uma colega comenta: eu também...) Que coisa esquisita, saindo do *setting*? O que eu vou fazer lá? Mas eu fui reavaliando: -Espera aí. Se eles (da comunidade) estão solicitando a visita do psicólogo, então vamos lá, vamos escutar, vamos ver o que está acontecendo, o que eles querem mesmo de mim ali.”

Essa fala aponta um estranhamento com relação a mudança no “*setting*” pensado como algo relacionado ao consultório e ao atendimento clínico. Na mesma fala, aparece uma forma de lidar com a situação, sugerindo a “matriz” assistencialista calcada na psicologia comunitária tradicional.

“Que estranho né? Será que eu estou ‘loquiando’ ou é esse o trabalho mesmo do psicólogo na comunidade? (...) Então eu vejo a importância quando a gente vai com a assistente social, por exemplo, para fazer uma visita domiciliar: a escuta é diferente, a orientação também. Se tivermos um paciente que não está podendo sair de casa e precisa de ajuda, como é que vamos ficar esperando por ele no posto de saúde?”

No entanto, a mesma profissional se vê pressionada para pensar diferentes estratégias de trabalho que podem vir a ser aprendidas na prática cotidiana.

“E essas coisas eu fui aprendendo, repensando no trabalho, em função da demanda do município. Qual é o *setting* do psicólogo no município?”

Nesse relato percebe-se a idéia de multiplicidade trazida pelo autor na construção da Psicologia no campo da saúde e a pressão exercida pela população, pela situação dos usuários e, principalmente, pela equipe do programa de saúde de família, com a qual desenvolve o seu trabalho.

Neste sentido, Mancebo (1999:42) afirma que:

Do mesmo modo que a vida social, o espaço psicológico, tal como hoje o conhecemos, nasceu e vive precisamente da articulação conflitiva daquelas três formas de pensar e praticar a vida em sociedade. Pode-se dizer que, a partir do século XIX, engendrou-se então um novo solo epistemológico onde teorias, ciências, idéias e conhecimentos puderam florescer para dar conta da compreensão deste novo universo de experiências, ao mesmo tempo que definiam e construíam novas categorias.

Reportando-nos à história da Psicologia no Brasil, que não se dá isolada dos demais fatos, encontramos diversos estudos relativos a este tema realizados por Figueiredo (1991; 1995 e 1999) Bock (2001 e 2003); Jacó-Vilela (1999 e 2003) Jacó-Vilela; Cerezzo; Rodrigues (2001; 2001; 2003) Mancebo (1999) Patto (2003) entre muitos outros, que analisam os “diferentes e múltiplos atravessamentos históricos”, como se referem, que estão presentes nas nossas práticas psi. Embora não seja o objetivo deste estudo abordar especificamente esse tema, consideramos importante fazer alguns recortes, destacando aspectos que possam contribuir na problematização dos modos de subjetivação e trabalho dos psicólogos das equipes municipais de saúde do Vale do Taquari.

Para Jacó-Vilela (1999: 103-104), a partir da catalogação e análise de centenas de obras editadas entre 1806 e 1962, está claro que:

As transformações políticas e econômicas dos dois grandes movimentos do final do século XIX – a abolição da escravatura e a proclamação da república – colocam no horizonte brasileiro as possibilidades de ingresso na modernidade e de integração a um Ocidente modificado pela industrialização e pelo ideário igualitário.

Como relatam Esch e Jacó-Vilela (2001: 17) antes da regulamentação da profissão de psicólogo e da criação do curso de Psicologia, fatos que ocorreram simultaneamente em 1962, houve várias tentativas de instalação oficial da Psicologia no Brasil, tentativas em que se destacaram Radecki e Mira y López, que foram os

responsáveis pela elaboração e depois pela defesa dos documentos que deram origem a lei de criação e o currículo mínimo da formação em psicologia.

As autoras (op,cit: 17) também relatam que:

As condições necessárias para a primeira tentativa, realizada por Radecki (1887-1953), foram criadas durante a República Velha (1989-1930). Nesta, começam a ser utilizados conhecimentos e práticas considerados próprios da psicologia – como, por exemplo, o uso de testes psicológicos para o exame de doentes mentais e crianças -, principalmente em instituições médicas e educacionais.

Retomando o período histórico, esses documentos foram gestados na década de 30 (a Era Vargas), no momento em que o país estava em franco processo de industrialização, o processo migratório para os centros urbanos era intenso e surge a demanda por profissionais que irão selecionar pessoas para os cargos de trabalho que a elite precisava.

Em entrevista, Jeferson Bernardes, a partir de seus estudos preliminares na elaboração da tese de doutoramento sobre a formação dos psicólogos, comenta que:

Se a gente analisar o currículo de psicologia que é desenvolvido na maioria das universidades brasileiras hoje, esse currículo data de 1932, o primeiro documento elaborado por Radecki. Este documento serviu de base para a elaboração dos documentos que foram encaminhados ao Ministério da Educação, na década de 50, por Mira y López e deram origem à lei de criação da profissão e do currículo mínimo da formação em psicologia. Um documento marcadamente experimentalista, delineando a psicologia aplicada, à serviço da elite industrial crescente. É claro que surgiram movimentos de resistência a essa proposta, liderados por Newton Campos (RJ) e Anita Cabral (SP) entre outros oriundos das escolas de Pedagogia e de filosofia. Mas, a análise preliminar dos documentos aponta que o movimento de resistência foi derrotado.

Na avaliação de Bock (2003:19), a Psicologia, durante os seus 40 anos de vida,

Serviu às elites, sendo um serviço de difícil acesso aos que têm pequeno poder aquisitivo. Uma profissão que tem pouca inserção social, baixo poder organizativo, com entidades frágeis, com pequeno poder de pressão e que negociou pouco com o Estado suas demarcações e possibilidades de contribuição social.

Coimbra (1999:80) afirma que na década de 70, no Brasil, uma psicologização do cotidiano em que:

Os acontecimentos sociais são esvaziados e analisados unicamente pelo prisma psicológico-existencial. Com essa 'tirania da intimidade', qualquer angústia do cotidiano, qualquer sentimento de mal-estar é remetido imediatamente para o território da 'falta', da 'carência', no qual os especialistas 'psi' estão vigilantes e atentos. Para essa família "em crise" e para esses filhos 'desviantes' há que se ter atendimentos específicos, peritos que lhe digam como sentir, pensar, perceber, agir, viver neste mundo.

Bock (op.cit: 21) ressalta também que, nestes 40 anos, a Psicologia se tornou uma profissão feminina:

Como analisou Fúlvia Rosemberg (1984), nos anos 80, a generalidade da área que permitia uma adaptação ao mercado de trabalho, a possibilidade de conciliar o trabalho doméstico, a maternidade e o trabalho profissional (pelo caráter assistencial e pela possibilidade de adaptar seus horários de trabalho) levavam a Psicologia, no Brasil, a se constituir como uma profissão feminina. Essa característica também deve ser considerada para que possamos compreender a timidez e a acomodação sociais da psicologia, dada a pouca história de luta das mulheres em nossa sociedade, até esse período.

A discussão sobre a "feminilização" da psicologia precisa ser entendida à luz da análise da divisão sexual do trabalho e dos efeitos das produções de gênero na organização e no mercado de trabalho. As profissões da "saúde", com exceção da medicina, são comumente associadas às mulheres, denotando uma associação forte entre o gênero – no caso, feminino – à profissão²

Nessa direção, Lopes (1996:59) considera que:

A divisão sexual do trabalho vai se apoiar sobre uma tipologia de "indivíduo feminino", em suas características psicológicas.(...) O que temos como resultados são modelos parciais de trabalhadores, estereótipos ditados pela articulação de ordem produtiva e reprodutiva. As razões não são imputadas a essa ordem, mas sim, a uma "propensão" das mulheres e a sua adequação *qualitativa* "natural" a certas atividades (o cuidar, por exemplo).

² Sobre essa questão, podemos dizer que, mesmo em tempos em que a mulher já conquistou muitos espaços profissionais antes fortemente masculinos, o que se observa é que na Psicologia realmente há uma predominância feminina. Nos 42 municípios do Vale do Taquari, no momento, considerando tanto o setor privado como o público, a grande maioria dos profissionais é do sexo feminino. O Levantamento Regional da Rede de Atenção à Saúde Mental, realizado pela Coordenação Regional da Saúde Mental da 16ª Coordenadoria de Saúde, no segundo semestre de 2003, mostra que vinte municípios contam com psicólogo na equipe, sendo todas do sexo feminino. Cabe ressaltar que dos 42 municípios da abrangência dessa Coordenadoria, 28 deles responderam o documento. O grupo formado para este estudo também estava composto por mulheres, expressando a importância do atravessamento de gênero.

Podemos refletir também sobre o quanto as grandes defasagens nos salários entre as diferentes profissões da saúde, principalmente em comparação aos médicos, e ainda da falta de mobilização dos Conselhos e dos Sindicatos dos psicólogos na defesa destas que operam na desvalorização do profissional psicólogo. Em vários momentos dos encontros do grupo, as participantes falaram sobre essa questão.

“E aí tu ligas para o CRP pedindo um piso, uma referência salarial para negociar com o teu gestor e o que o CRP propõe é um piso de R\$1.100,00 reais por 30 horas semanais de trabalho, um valor proposto há quatro anos e que ainda não tem resolução. Além de não resolverem ainda dizem que, atualizado seria aproximadamente r\$1.600,00. Eu acho pouco, e se o nosso representante está propondo isso, o que esperar então dos serviços?”

“Eu acho que essa é uma briga importantíssima, só que é uma reivindicação que tem que partir da categoria e nós não temos nos mobilizado. (...) Até, é preciso assinalar que a nossa categoria é basicamente feminina, no entanto quem está na presidência do sindicato é meia dúzia de homens que está há bastante tempo decidindo tudo. Então, quem se interessa? Quem se envolve, propõe uma chapa, etc?”

“Além da postura do Conselho e da falta de uma participação mais efetiva de nossa parte, acho que tem também a postura dos gestores municipais que não propõe um plano de carreira, concurso, etc para os trabalhadores da saúde. E, ainda, uma cultura na nossa classe de competição. Sempre tem aquelas pessoas que tentam puxar o tapete: criticam o trabalho do colega e se oferecem para trabalhar por um valor menor...”

“E tem outra coisa que se ouve muito no curso: ser bom profissional e pra ganhar dinheiro tem que ser um psicólogo clínico, trabalhando em um bom consultório e cobrar R\$ 100,00 à consulta. Aí depois de passar toda essa ideologia, os professores chegam e dizem: Ah pessoal, não pensem que é fácil ganhar dinheiro com consultório: é difícil, é complicado!”

A pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia em dezembro de 2000 aponta que o perfil do profissional de psicologia não sofreu alterações significativas entre o estudo realizado em fevereiro/2000 e este último e, como já havia sido observado anteriormente, a Psicologia continua sendo uma profissão exercida predominantemente por mulheres. Dos 1.200 profissionais ouvidos na pesquisa, 92,2% são do sexo feminino, contra apenas 7,8% do sexo masculino.

Yamamoto (2003, p.41), a respeito da situação profissional da Psicologia no Brasil, comenta que, além dos diversos estudos realizados pelos Conselhos Regionais de Psicologia e pelo Conselho Federal, o levantamento realizado pelo Conselho Federal de Psicologia evidencia duas tendências: “de uma parte, a manutenção da hegemonia clínica com relação às demais, confirmando o perfil anteriormente mencionado; de outra, uma ampliação das oportunidades profissionais, propiciada pela abertura de novos espaços de inserção social”.

Sendo que, um desses novos espaços de inserção do psicólogo é a saúde, conforme diz o autor (op.cit, p.48):

Um dos campos onde a Psicologia tem mostrado maior inserção é o da saúde. (...) Os psicólogos ingressam no campo da saúde através de duas formas: nas Unidades Básicas de Saúde, articulados com os demais profissionais do campo e nos Núcleos e nos Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS)”, que ele classifica de ‘modelo alternativo para o tratamento manicomial’.

Isso também se verifica na região analisada onde, por exemplo, em 2000, apenas oito municípios (21%) tinham dez profissionais trabalhando nas secretarias municipais de saúde. Já em 2003, são vinte municípios (49%) contando com 24 profissionais (acréscimo de 140%) que trabalham nas suas equipes (Fonte: Relatório de Gestão da 16ª CRS – SES/RS). Em 2003, foram criados dois CAPS, atendendo a demanda dos portadores de sofrimento psíquico dos respectivos municípios. Em cada um dos serviços há duas psicólogas trabalhando. (Levantamento da Rede Regional de Saúde Mental, 16ª CRS, 2003)

Segundo Bock (2001:30) o termo “Psicologia da Saúde”, aparece a partir do Seminário Internacional da Saúde, realizado em Cuba e relatado no Jornal do Psicólogo nº11/84.

Esta expressão “Psicologia da Saúde” também é usada por Spink (1992; 2003)³ como um novo campo de saber, ancorado na perspectiva da psicologia social crítica. A autora (2003:27) explica o que seria a psicologia social da saúde hoje, apontando que:

A primeira característica é o compromisso com os direitos sociais pensados numa ótica coletiva. Foge, portanto, das perspectivas mais tradicionais da psicologia voltadas à compreensão de processos individuais ou intra-individuais. Dialoga com teorias e autores que pensam as formas de vida e de organização na sociedade brasileira contemporânea. Tende a pesquisar e atuar em serviços de atenção primária, em contextos comunitários, em problemas de saúde em que pesa a prevenção à doença e a promoção da saúde ou onde há necessidade de acompanhamento continuado (como as doenças crônicas e a saúde mental). Tende ainda atuar na esfera pública.

³ O texto de SPINK, M.J. Psicologia da Saúde: A estrutura de um novo campo de saber. In: CAMPOS, F.C.B. *Psicologia e Saúde*. Repensando Práticas. São Paulo: Hucitec, 1992 e em SPINK, M.J. *Psicologia Social e Saúde*. Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Antes disso, já se falava na “Psicologia Comunitária” que desde a década de 60, vem assumindo um espaço importante de trabalho nas comunidades. Para exemplificar, Nascimento (2001: 42) se refere ao livro “O que é Psicologia Comunitária” de Eduardo Vasconcelos (1985: 53-54), onde ele afirma:

Desde a década de 60 vimos assistindo, em vários países, à proposição de modelos alternativos de serviços de saúde mental, freqüentemente acompanhados de projetos de atuação comunitária, onde os psicólogos também têm sido chamados a atuar. Neste momento é que vão surgir as primeiras experiências em Psicologia Comunitária como uma das saídas alternativas para a Psicologia e sua Crise⁴.

Spink (2003:36) aponta que para a psicologia da saúde, após a descoberta de novos campos de atuação e a abertura de novos horizontes, falta “uma reflexão mais aprofundada sobre o contexto mais global em que se dá esta atuação: as representações do processo saúde/doença; a configuração dos serviços de saúde e das profissões que aí atuam; as políticas setoriais e suas implicações para os usuários”.

Então à Psicologia da Saúde falta perceber a necessidade de superar os enfoques intra-individuais que predominam nas suas práticas e rever as concepções do processo saúde-doença, partindo para a compreensão de que ele é histórico e multideterminado.

A Psicologia Comunitária integra-se com a discussão da saúde através das práticas profissionais exercidas no âmbito da saúde pública. A Psicologia comunitária construiu ferramentas e estratégias de intervenção específicas para trabalhar com o público ao qual se dirige a saúde pública: carente, analfabeto, desempregado... No entanto, algumas concepções da Psicologia Comunitária reproduzem ferramentas e estratégias clássicas produzidas de forma distanciadas da população a qual se dirigem e marcadas pelos pressupostos da neutralidade e do tecnicismo. Reproduz, assim, no âmbito dos pobres, os conhecimentos clássicos.

Coimbra (*apud Soares, 2003:331*) afirma que o final dos anos 70, no Brasil, é um período de grande crescimento dos projetos de “intervenção psi” na área comunitária, alimentado pelo regime militar que encontrava nos saberes psi os

⁴ A crise, a que se refere o autor, diz respeito ao momento (meados dos anos 60) em que a Psicologia Social americana foi alvo de críticas pela ineficácia de suas propostas explicativas para o que denominava comportamento social humano, também conhecido como “Crise de relevância” da psicologia social.

dispositivos para a adequação e a passividade necessários para manter “a ordem” e, ainda, se volta para os cuidados para manter a família nuclear, que fazia parte do projeto de individuação em andamento no período, Coimbra (1995:37) afirma que “essas múltiplas falas dos especialistas competentes geram sentimento individual e coletivo de incompetência, poderosa arma de dominação”.

Sobre a questão da “atenção aos pobres”, Campos (1992:52) refere que:

As equipes locais de saúde mental foram propostas pela OMS/OPAS (década de 70) como a forma de inserção da saúde mental na ‘atenção primária à saúde’, as quais teriam impacto na resolução de problemas desta demanda; foram pensadas em termos da velha visão preventivista de Alma Ata, o que em países como o nosso deu origem a programas de psicologia comunitária e/ou psicoterapia para pobres (‘classes menos favorecidas’).

Pode-se pensar como esse “modelo” de atenção ainda predomina nos serviços de saúde através das concepções e das ações dos trabalhadores de saúde, se tomarmos as falas dos trabalhadores analisados:

“Não é qualquer psicólogo que, às vezes, consegue trabalhar com uma realidade tão crua, tão na cara, tão pobre. Enfim, com a miséria humana. Porque tem aquela velha história do consultório: lá tu vêes aquelas pessoas limpinhas, que podem pagar, são arrumadinhas e tal. Mas ali no Serviço Público tu vêes a realidade mesmo: trabalha com aquilo ali e aposta. Tu pegas aquilo ali e pensa: dá pra melhora? Essa pessoa pode viver melhor e eu tenho como ajudar? Daí se tu não der a alma, às vezes, a gente doa mais do que talvez esperem da gente. Tudo bem, a minha função é essa, mas quando a gente se vê envolvido faz com que tu busques, tu queiras resolver. E aí aquilo que a gente dizia de que o médico está preocupado com o número de atendimentos. E é isso que eu sinto: eu sinto uma diferença grande do médico que atende um menino que está com uma doença e ele vê todas essas necessidades, mas se a queixa do usuário é a dor no ouvido, o médico só se envolve com ela. E com a gente não. A gente vê tudo e quer tentar resolver o problema social dele e global que ele traz e não só a queixa da depressão, por exemplo. Eu acho que o psicólogo que trabalha em política pública é assim.”

A multiplicidade também é observada na história da Psicologia Comunitária, onde ocorre uma redefinição de seus pressupostos e práticas pressionadas pelas questões políticas, econômicas e sociais, no Brasil (Lane, 1998). Também está vinculada à crise na Psicologia Social, onde ela foi criticada enquanto saber positivista e neutro. Andery (1984), ao analisá-la, afirma que o trabalho comunitário não é uma prática exclusiva dos psicólogos e produz saberes que ressignificam as técnicas psicológicas tradicionais.

A partir das considerações de Freitas (1996), destacamos duas questões importantes para o nosso estudo. A primeira é que a ascensão da Psicologia Comunitária não garante reforma nos currículos e nas práticas da Psicologia, que preserva o modelo tradicional na maioria das intervenções – escola, trabalho e

clínica. Tal fato leva a autora a questionar também a existência de referenciais voltados para essa prática, diferentes dos clínicos tradicionais. A outra questão vem reforçar outros estudos, que apontam a Psicologia Social nas comunidades, como uma prática voltada para a promoção da cidadania dos pobres e excluídos, em que o psicólogo teria como compromisso político e ideológico atender as necessidades e transformar a realidade dessa população.

A autora (op.cit.:78) assinala também que a diversidade do contexto e das características do trabalho apontam para a necessidade de habilidades e saberes de diferentes áreas do conhecimento. Propõe então, que as práticas devem caracterizar-se por “um trabalho inter⁵, multi e transdisciplinar (...) conseqüentemente, coletivo”.

No trabalho dos psicólogos nas equipes municipais de saúde são apontadas dificuldades para pensar suas práticas de forma coletiva e transdisciplinar, o que tem contribuído para manter o modelo centrado no indivíduo e no atendimento individual, como veremos adiante.

Montero (1996) comenta as mudanças de paradigma⁶ na psicologia social contemporânea, apontando o objeto de estudo desta disciplina como uma produção “coletiva, histórica e transitória”. Aponta a objetividade científica como ideal utópico, uma vez que acredita que o pesquisador participa da construção social da realidade. A autora propõe uma Psicologia Comunitária que possibilite a transformação da realidade social através da participação efetiva das pessoas da comunidade, união entre teoria e prática, poder e controle, centrados na comunidade, autogestão e outras propostas que incorporem “las formas populares del conocimiento como elementos para la construcción de nuevas expresiones del saber”.(Montero,1996:116)

⁵ Buscamos em E. M. Vasconcelos (2002:112) a caracterização dos tipos de práticas. O autor, apoiado em diversos autores como Japiassu (1976) e outros fazem uma diferenciação entre multi, inter e transdisciplinaridade. Assim ele coloca: **Multi**: gama de campos de saber que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações existentes entre eles; **Inter**: axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definidas no nível imediatamente superior, introduzindo a noção de finalidade maior que redefine os elementos internos dos campos originais; e **transdisciplinar**: coordenação de todos os campos de saberes individuais e inter, sobre a base de uma axiomática geral. Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas e tendência à horizontalização das relações de poder.

⁶ A autora (op.cit.:107) define paradigma como “un modelo constituido por un conjunto sistemático de ideas, que presenta relaciones e interpretaciones acerca de la actividad humana, de sus productores, de su génesis, de sus efectos sobre los seres humanos y sobre la sociedad, señalando modos de hacer preferentes para conocerlos”.

Com relação à história da Psicologia Comunitária no Brasil, Nascimento (2001:42) refere ainda a importância da ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social), que, através dos encontros nacionais e regionais e das suas publicações, contribui para a organização da discussão do tema. Além de outras publicações sobre as práticas e discursos de Psicologia Comunitária em livros e revistas. Também nas universidades, nos cursos de formação de psicólogos são agregadas disciplinas de Psicologia Comunitária.

O grupo de psicólogos com quem trabalhamos mostra como essa disciplina é percebida:

“Na faculdade, eu tive uma cadeira de Psicologia Comunitária, mas não era nada disso que nós estamos discutindo hoje sobre saúde! Psicologia Comunitária era a gente trabalhar numa escola, ou numa creche, com pais, mas naquele local ali”.

Para Nascimento (op. cit.), a história da atuação da Psicologia Comunitária é acompanhada pela busca de um modelo que lhe dê identidade, sendo que parece que os psicólogos não estão encontrando essas referências nem na teoria e tampouco nas práticas.

No nosso estudo também aparecem falas nesse sentido, ainda buscando uma identidade como profissionais e o reconhecimento para o trabalho que os psicólogos realizam nas equipes municipais de saúde. Como, por exemplo,

“Mas tem uma outra coisa que eu queria trazer que é a nossa auto-estima. Como a gente se coloca também, às vezes, nesses espaços médicos, nesses espaços da saúde. Eu estou falando da categoria psicólogo. Eu acho que às vezes a gente se põe à margem. E quando a gente se coloca à margem, a gente fica à margem.”

Dessa forma, acreditamos que ainda hoje, os psicólogos buscam um modelo para “fazer psicologia” nos serviços de saúde. A partir de seus estudos, Nascimento (2001) afirma que essa busca de identidade surgia frente às cobranças sofridas pelos psicólogos comunitários na tentativa de definir uma linha divisória entre as suas práticas e as práticas das áreas afins, como, por exemplo, o serviço social e mesmo a medicina, com quem constituíam o chamado ‘espaço multidisciplinar comunitário’. Um espaço que, em última análise, reunia um conjunto de especialistas que, apoiados em diferentes saberes considerados verdadeiros e universais, constituía o território de especialistas.

Considerando os dois principais modelos de Psicologia Comunitária, o norte-americano e o latino-americano, é importante assinalar algumas características

deste último, mesmo tendo presente a forte influência do primeiro sobre o segundo. Nascimento (op. cit: 45) sugere que:

Embora o modelo latino-americano se afirme a partir dos trabalhos de educação popular de Paulo Freire, sua sistematização se faz nas práticas de oposição às ditaduras implantadas, nesses países, nas décadas de 60 e 70. Durante este período são inúmeros os trabalhos de psicologia que têm como objetivo desenvolver a autonomia dos grupos comunitários. Em 1979, no Peru, durante o Congresso Internacional de Psicologia (SIP), os debates giram em torno de críticas ao trabalho assistencialista em comunidades, propondo em seu lugar, um trabalho que leve à conscientização.

O relato da autora (op. cit. 2001) revela que esses debates provocaram a criação de uma coordenação da Psicologia Comunitária na América Latina e culminaram com a realização do Congresso Interamericano sobre Psicologia Comunitária, em Havana, 1980, cujas propostas passaram a orientar as ações dos psicólogos comunitários latino-americanos durante a década de 80. Estas propostas rejeitavam as práticas paternalistas e apontava o papel do psicólogo como catalisador e facilitador para que a comunidade se apropriasse de seus próprios saberes.

Sobre essa questão, Andery (1984:207) afirma que “a psicologia na comunidade pretende aproximar-se das classes populares, ajudando-as na conscientização de sua identidade psicossocial de classes submissas e dominadas, como primeiro passo para uma superação dessa degradante situação de submissão”.

Na prática dos trabalhadores de saúde, o que se observa é idéia de que o usuário deve ser orientado, treinado para participar das ações programadas e decididas pelos técnicos, que na sua interpretação, sabem como a população deve se organizar. Essa prática está fundamentada na dicotomia indivíduo/sociedade, criticada pelo modelo latino-americano. Os trabalhadores de saúde, como especialistas e possuidores do saber, se colocam como os “salvadores” da comunidade, produzindo consciência (a sua) na população “incapaz” de modo que seja poupada dos sofrimentos impostos pelas injustiças sociais a que está exposta.

Nesse sentido, a fala de uma das psicólogas integrantes do grupo mostra como isso se dá na prática:

“No meu caso eu tive duas professoras, uma mais ligada à desinstitucionalização e a outra que orientou o meu estágio de psicologia comunitária e me estimulou a romper com aquelas formas de intervenção mais clássicas e daí nós criamos um grupo com portadores de sofrimento psíquico, um grupo de jovens na comunidade e um grupo de crianças. Aí eu comecei a fazer um trabalho muito de desmistificação do papel do psicólogo na comunidade, discutindo aquelas idéias que psicólogo era só para tratar os “loucos” como eles diziam. Fui mostrando que a gente podia ajudá-los a melhorar a qualidade de vida, a promover saúde junto com a equipe da Unidade de saúde e com a comunidade.”

Conforme Nascimento (2001), observa-se que a Psicologia Comunitária vem se aproximando de outros temas e áreas de saber/fazer, como a Educação Ambiental e a Psicossociologia, só para citar algumas, sendo afetada por outros saberes, mas não produz mudanças nos modos de fazer Psicologia, apenas amplia os espaços, mas mantém e fortalece as características da “especialidade”, do método, sem abrir possibilidade de rupturas para invadir e se deixar invadir por outros saberes, produzindo novos sentidos.

Considerando esse percurso da Psicologia Comunitária, a autora (op.cit: 47) faz uma crítica com relação às especialidades, com suas teorias e metodologias próprias que engessam e impedem rupturas e interfaces, com a qual concordamos.

Por que instituir mais esse especialismo? Um especialismo que, apesar de surgido na década de 60 como uma nova proposta de atuação, faz uso do modelo mais tradicional da psicologia, o da solução de problemas. Se o trabalho com grupos, a intervenção, a ação coletiva não são práticas exclusivas da Psicologia Comunitária, por que marcar este especialista?

Ao concordarmos com as críticas da autora, podemos propor o mesmo questionamento em relação à Psicologia da Saúde. Por que torná-la mais uma especialidade? A proposta do SUS é a atenção integral à saúde e, no entanto, a lógica do trabalho dos psicólogos e dos demais trabalhadores da saúde é a lógica da disciplina, que aparece através das ações interdisciplinares e multidisciplinares, na maioria das equipes de saúde dos municípios da nossa região.

Retomando os processos da aproximação entre a Psicologia e a saúde, Bianco *et. al* (1994:53), afirma que, no final dos anos 70, a sociedade retoma de forma mais intensiva os movimentos que pressionam a democratização do Estado brasileiro, com a retomada da discussão das políticas sociais. No caso da saúde

Envolvem-se diferentes profissionais da área da saúde e se tem a 7ª e a 8ª Conferências como marcos na trajetória que visa implantar um programa nacional de serviços básicos de saúde, sob a responsabilidade direta do setor público. O objetivo era o de estender a cobertura de atenção à saúde da

população, de acordo com compromisso político internacional assinado pelo Brasil em Alma Ata, em 1978, na 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde.

A Psicologia se integra à discussão das políticas de saúde através, sobretudo, da definição das AIS (Ações Integradas de Saúde), espaço onde o psicólogo passa a atuar com outros profissionais da saúde. O saber originado do campo da Psicologia passa a ter lugar na discussão da saúde pública. Nesse sentido a autora (op.cit: 53) afirma que:

Sob a discussão da atenção integral à saúde - meta que embasa as Ações Integradas da Saúde (AIS), surgidas em 1983 aparece a grande porta de entrada para a Psicologia e outras profissões da saúde nesse campo onde, até então, a atenção era prestada por médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar.

A inserção da Psicologia acompanha o desenvolvimento da discussão e implementação das políticas de saúde, estando presente nas formulações relacionadas ao SUDS e ao SUS, do mesmo modo. No entanto, sua atuação segue, segundo a autora (op.cit: 53) o modelo de intervenção “clássico”:

Numa trajetória que passa pelo SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e chega à implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), o que se observa é que o psicólogo vem sendo absorvido pela saúde pública - ainda em proporções distante do desejável - sem uma revisão mais ampla do seu processo de formação, ainda direcionado para a sua atuação dentro do modelo ‘clássico’. Na realidade, não seria errôneo afirmar-se que toda a equipe não se encontra preparada pelos seus cursos de graduação, para atuar nesta nova concepção de prestação de serviços.

Bock (2001: 29,) também assinala que:

Parte dos psicólogos dá um grande salto ao perceber que, para ampliar seu espaço e sua contribuição social, não basta o conhecimento das teorias psicológicas.(...) No entanto, assinala que as mudanças estão mais evidentes nos posicionamentos e publicações das entidades, enquanto uma visão liberal de homem ainda domina as concepções e as práticas de muitos profissionais.

Na investigação realizada até aqui, percebemos que as especialidades na Psicologia foram se produzindo em resposta aos tensionamentos e pressões que foram surgindo a partir dos movimentos históricos, sociais e econômicos e também nas relações com diferentes saberes, afetando e se deixando afetar. Embora alguns autores (como Bock, 2003) afirmem que esses movimentos de mudança estejam acontecendo muito mais em nível das entidades do que entre os profissionais, na

medida em que estes mantêm suas práticas de acordo com a clínica tradicional, também reconhecemos esforços no sentido de construir um campo de problematizações que provoquem rupturas e resistências, ainda que ocorram de forma isolada.

Os processos que produzem os encontros e as interfaces entre a Psicologia e a saúde são marcados por estes tensionamentos: entre o tradicional e a busca de rupturas e resistências em práticas inovadoras; entre a multiplicidade e a especialidade ou, em outras palavras, na multiplicidade tomada como especialidade e dificultando a integração e o trabalho coletivo. A existência de várias “psicologias” que atravessam os encontros entre Psicologia e saúde demonstram a imponência da visão compartimentada, mas, ao mesmo tempo, pressiona para refletir sobre os pontos de interface, onde as práticas se cruzam. Demonstram, também, diferentes formas de conceber a saúde e a saúde pública.

1.2 PSICOLOGIA, SAÚDE E DOENÇA: TENSIONAMENTOS

A análise dos modos de trabalho do psicólogo nas equipes municipais de saúde pressupõe a busca das concepções de saúde e doença que sustentam o trabalho deste profissional. Os processos que produzem a dinâmica das transformações sociais e suas implicações na saúde e na doença ao longo da história são aspectos importantes de nosso estudo, devendo conduzir-nos para problematizar os tensionamentos entre tradição e inovação, regularidades e acontecimentos, público e privado. Com qual proposta ou com quem estão comprometidos?

A intervenção da Psicologia no campo da saúde está fortemente associada à extensão dos pressupostos da Psicologia clínica tradicional para o campo da saúde pública, apesar de sofrer pressões importantes no sentido de sua “inserção” às modificações no sistema de saúde.

Silva (1992: 25), em estudo realizado em 1988, afirma que:

A Psicologia clínica, durante décadas, foi pensada e planejada como disciplina autônoma. É relativamente recente a sua inserção nas instituições de saúde pública, nas diferentes instâncias de serviços. Com as modificações no sistema de

saúde, a psicologia, bem como as demais profissões consideradas da área de saúde, que praticamente eram absorvidas somente em instituições ambulatoriais e hospitalares, passam a ser incorporadas às unidades básicas. (...) em instituições nas quais não havia tradição de trabalho em equipe. Isto se torna possível principalmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e toda a mobilização social realizada pelos segmentos progressistas da área, para que se chegasse a um Sistema Único de Saúde que possibilite uma atenção integral à saúde.

. Esses movimentos de conservação do “clássico” ou mesmo de busca de inovação e invenção estão associados às concepções de saúde e de doença, demonstrando que, muitas vezes, a prática reproduz pressupostos e noções também tradicionais da esfera da produção de conhecimento pautadas no “discurso médico” hegemônico.

Na explicação de Spink (2003:34), o modelo médico hegemônico vigente está embasado “no paradigma da medicina científica, ou seja, no corpo de conhecimentos derivados empiricamente e que é compartilhado como ‘verdade’ pelo conjunto dos profissionais médicos”.

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1994: 24) ressalta a positividade da doença, afirmando que “de fato a doença apaga, mas sublinha, abole de um lado para exaltar de outro, a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude das atividades que vêm preenchê-lo”.

Foucault (op.cit: 60) critica as perspectivas históricas invariantes da medicina:

Daí todas as narrativas mais ou menos míticas em que foi reunida, no final do século XVIII e no começo do século XIX, a história da medicina. É na clínica, se dizia, que a medicina havia encontrado sua possibilidade de origem. Na aurora da humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquele que o alivia.(...) “A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII”.

Silva Filho (1987:80-81.) ao sintetizar a discussão foucaultiana sobre “o nascimento da clínica”, refere três fases distintas:

a) A medicina classificatória, que se caracteriza por um conceito de doença em que seu espaço de configuração independe de seu espaço de localização no corpo do enfermo, em que a doença participa de uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies, e está contida em um espaço onde a vertical delimita as complicações e a horizontal as

homologias. (...) o médico, para aprender a essência do fato patológico, deve abstrair-se do doente. A medicina das espécies ‘... Implica, portanto, uma especialização livre para as doenças, sem região privilegiada, sem opressão hospitalar’.

b) a medicina clínica, proveniente de uma experiência pedagógica e que propicia a regulamentação da profissão médica e seu ensino, instaurando uma nova relação entre o olhar médico e a essência das doenças. O método clínico é assim definido: 1. O mito epistemológico concernente à estrutura alfabética das doenças; 2. A operação de redução nominalista efetuada pelo olhar clínico (a doença é apenas um nome); 3. A operação de redução de tipo químico efetuada pelo olhar clínico (o olhar como agente separador das verdades); 4. A identificação da experiência clínica a uma bela sensibilidade (o olhar corpo-a-corpo).

c) a medicina anatomopatológica ‘o olhar médico gira sobre si mesmo e pede à morte contas da vida e da doença’. Instituído a morte como forma de conhecer a vida, a anatomopatologia abre o espaço da medicina para a tridimensionalidade e promove o encontro da configuração da doença com a sua localização corporal.

Campos (1992:42-43) toma a Psicanálise e a Epidemiologia para pensar a saúde e a doença, sendo a Psicanálise analisada enquanto “História Natural da Alma” e a Epidemiologia, enquanto “História Natural da Doença”:

A visão dominante na ciência da saúde ainda imagina a vontade de restaurar a saúde dos indivíduos ou das sociedades como um processo linear; desconhecendo que individualmente a doença e, ou, o sintoma podem ser uma solução, e que socialmente os homens criam ambientes de trabalho que matam e às vezes suas próprias atividades degradam o ambiente em que vivem.

A análise desses pressupostos e noções coloca em questão a noção de normalidade, a qual se acopla à discussão da saúde e da doença, através, sobretudo, do modelo clássico onde se associa saúde à normalidade e doença, à anormalidade.

Canguilhem (2000:158), buscando problematizar as noções que associam saúde à normalidade e doença à anormalidade, afirma que "o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas".

A preocupação com a polarização entre normalidade e anormalidade vinculadas à definição de saúde e doença inscreve-se em uma trajetória histórica, sendo que a maioria dos estudos sobre este tema tem seu início no século XVI,

quando essas categorias passaram a ser reconhecidas. O objetivo de nosso estudo, no entanto, não é de descrever o processo histórico, mas pontuar os modos como esses conceitos estão institucionalizados nas práticas e saberes do campo da saúde.

Em alguns períodos históricos a anormalidade/doença era vista como possessão; em outros, como desequilíbrio do homem; mais tarde como reação do organismo em busca de cura, e, na modernidade, como desvio do funcionamento regular do homem.

Para Canguilhem (2000) o anormal pode não ser, necessariamente, o patológico. Patológico implica em *phatos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o patológico é realmente o anormal, se definirmos o normal e o anormal pela frequência estatística relativa. Em certo sentido, pode-se dizer que uma saúde perfeita contínua é um fato anormal. O estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma, é ainda uma norma da vida, mesmo que seja uma norma inferior, no sentido de não tolerar desvios das condições em que é válida. No dizer de Canguilhem (2000:149), "a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma dimensão da nova vida".

Existem ainda dois sentidos que podem ser associados à palavra saúde. No primeiro, a saúde é considerada de modo absoluto, sendo um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânico - saúde é um bem orgânico. No segundo sentido, a saúde define uma certa disposição e reação de um organismo individual em relação às doenças possíveis. Quando se diz que a saúde continuamente perfeita é anormal, expressa-se o fato do ser vivo incluir a doença. Assim, anormal quer dizer inexistente, ou seja, a saúde contínua é um ideal e, por isso, uma norma que não existe. Sendo assim, é evidente que o patológico não é anormal.

A doença pode ser considerada como um estado contra o qual é preciso lutar para garantir a continuidade da vida, sendo um estado anormal em relação à persistência da vida, a qual desempenha o papel da norma. Ao concordar que a doença não deixa de ser uma norma, o estado patológico não pode ser considerado anormal no sentido absoluto, mas apenas na relação com uma situação determinada. Canguilhem (2000:108) afirma que "o próprio da doença é vir

interromper o curso de algo, é ser verdadeiramente crítica... a pessoa é doente não apenas em relação aos outros, mas em relação a si mesma".

Num dos encontros com o grupo de psicólogas realizamos um levantamento escrito perguntando sobre a concepção de cada uma sobre saúde ao iniciar o seu trabalho na equipe municipal de saúde e a concepção atual, caso ele tivesse mudado no decorrer da experiência de sua trajetória profissional.

Os relatos mostram que, embora os psicólogos (nem todos) teoricamente façam referência à concepção de saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS – (apresentado em 1948 e qualificado na Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde, 1978), e ao da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), eles ainda não se traduzem em mudanças nas práticas. Cabe ressaltar que a concepção de saúde apontada pela OMS considera saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças”, e as ações ainda estão concentradas na clínica clássica, do atendimento individual, do diagnóstico, da orientação do paciente.

“O ideal seria trabalhar com a saúde, mas a gente trabalha com a doença. Porque a gente cura, a gente não previne. Quem é que a gente atende? Aquele que está com problema, aquele que está mal. A maior parte dos atendimentos é isso em todas as áreas, não só na saúde mental.”

“Ao ingressar no serviço municipal de saúde pensava a saúde a partir da doença, ou seja, trabalhar com quem sofria psicicamente. Hoje, trabalho com promoção e prevenção primária e entendo saúde como: cuidado, afeto, escuta. Tudo isto causa bem estar bio-psico-social.”

“No início das atividades no município entendia saúde como o bem estar físico, psicossocial, com condições favoráveis de trabalho, lazer, habitação, escola, etc, onde o indivíduo pudesse crescer e se desenvolver. A minha concepção de saúde não mudou, mas hoje “tenho mais clara a visão da integralidade dos vários aspectos da saúde, além do bem estar físico, psíquico e social que vão desde as condições dignas de moradia até a cidadania”.

“A concepção de saúde que tinha quando iniciei o trabalho no serviço municipal de saúde era de saúde igual à ausência de doença, com atendimento a pessoas de baixa renda que não tinham condições de pagar um tratamento particular. Hoje, essa concepção de saúde mudou para Saúde é o bem estar bio-psico-físico e social, direito de todo o cidadão, independente da classe social, igualitário.”

Com a Conferência de Alma-Ata a Organização Mundial da Saúde – OMS – define seu novo campo de reflexão. A saúde não é apenas a inexistência de patologia, mas muito mais do que isso: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. No entanto, apesar da ruptura com a primazia da análise pela via da doença, mantém uma visão preventivista e individual no entendimento do processo de adoecimento.

A concepção de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) é repetida ainda hoje por gestores e trabalhadores de saúde, inclusive psicólogos, o que tem contribuído para a manutenção de práticas profissionais curativistas e assistencialistas, a partir das queixas objetivas das pessoas que procuram os serviços municipais de saúde.

Segundo Arouca (*apud* Silva Filho, 1987: 84), enquanto formação discursiva, a medicina preventiva surge em um campo composto (...) por três vertentes.

A primeira, a higiene, que faz seu aparecimento no século passado, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a segunda, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40, nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão de poder internacional; e a terceira, o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica.

Assim, começa a impor-se uma nova forma de discurso médico, que recoloca as concepções de saúde e doença numa perspectiva social, e define as responsabilidades médicas com metas educativas relacionadas com a prestação de serviços médicos. Essa proposta preventivista, em termos de teoria, se delinea na concepção de história natural das doenças que propõe a multicausalidade das doenças e incorpora a terapêutica como uma das etapas da prevenção. O modelo propõe três níveis de ação ou intervenção: prevenção primária, através da promoção à saúde e da proteção específica em relação a um agravo determinado; prevenção secundária, constante de diagnóstico e tratamento; e prevenção terciária, que supõe ações destinadas à recuperação do dano e à reabilitação.

No entanto, da mesma forma que as anteriores, essas propostas não consideram o caráter histórico e social da determinação dos processos de saúde e doença.

Carvalho (1998:53) refere que o modelo da determinação social da doença propõe a superação da concepção de mera relação causa-efeito, para explicar o adoecimento e a morte, apontando o modo de adoecer como um processo que tem como elemento modelador a estrutura social. Refere-se aos perfis patológicos de uma população, que são determinados pelo nível de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção, analisados em um determinado momento histórico e num determinado espaço social.

Nesse sentido, pode-se pensar que as dificuldades dos trabalhadores de saúde desenvolverem práticas coerentes com a proposta da atenção integral à saúde estão relacionadas aos tensionamentos entre concepções de saúde que tomam o processo saúde doença como individual e a-histórico, fortalecidos pelo modelo médico hegemônico, e às proposições trazidas pelos modelos de atenção baseados nas concepções da saúde coletiva⁷.

Ao buscarmos entender os reflexos dessa hegemonia sobre o campo da saúde e os processos de resistências que aí se instalam, assinalamos que no final dos anos 70 intensificam-se na sociedade brasileira os movimentos que pressionam a democratização do Estado brasileiro. No campo da saúde, na afirmação de Spink (2003:155) ocorreram três importantes transformações entre os anos 70 e 90, que levaram à possibilidade de inclusão do psicólogo nas ações de saúde:

Houve uma ressignificação da causalidade na explicação da doença, passando esta a ser vista como um processo e, especialmente como um fenômeno complexo e transdisciplinar que precisa ser abordado de forma integradora englobando as dimensões bio-psico-social. A nova linguagem recortou novos ângulos de intervenção abrindo espaço para a explicação e

⁷ Saúde Coletiva é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. As origens do movimento de constituição deste campo remontam ao trabalho teórico e político empreendido pelos docentes e pesquisadores de departamentos de instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina e do Brasil, em particular, ao longo das duas últimas décadas. O objeto de investigação e práticas em Saúde Coletiva compreende as seguintes dimensões: o Estado de saúde da população, isto é, condições de saúde de grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, sócio-econômico e cultural; os Serviços de saúde, abrangendo o estudo do processo de trabalho em saúde, investigações sobre a organização social dos serviços e a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como a avaliação de planos, programas e tecnologia utilizada na atenção à saúde; o Saber sobre a saúde, incluindo investigações históricas, sociológicas, antropológicas e epistemológicas sobre a produção de conhecimentos neste campo e sobre as relações entre o saber "científico" e as concepções e práticas populares de saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e cultura de modo geral. O trabalho teórico e empírico no campo da Saúde Coletiva, desenvolvido em instituições acadêmicas, deu suporte a um movimento político iniciado em meados dos anos 70, em torno da crise da saúde, no contexto das lutas pela democratização do país. Esse movimento difundiu-se a centros de estudos, associações profissionais, sindicatos de trabalhadores, organizações comunitárias, religiosas e partidos políticos, contribuindo para a formulação e execução de um conjunto de mudanças identificadas com a Reforma Sanitária Brasileira.

As proposições desse movimento incluem uma profunda modificação na concepção de saúde e seu entendimento como direito de cidadania e dever do Estado. Postula mudanças no modelo gerencial, organizativo e operativo do sistema de serviços de saúde, na formação e capacitação de pessoal no setor, no desenvolvimento científico e tecnológico nesta área e, principalmente, nos níveis de consciência sanitária e de participação crítica e criativa dos diversos atores sociais no processo de reorientação das políticas econômicas e sociais no país, tendo em vista a melhoria dos níveis de vida e a redução das desigualdades sociais. Do ponto de vista do SABER, a Saúde Coletiva se articula em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, com um enfoque transdisciplinar, que envolve disciplinas auxiliares como a Demografia, Estatística, Ecologia, Geografia, Antropologia, Economia, Sociologia, História e Ciências Políticas, entre outras.

Enquanto PRÁTICA, a Saúde Coletiva propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população. (fonte: ISC- UFBA)

ação de cunho psicológico. As novas concepções penetraram vagarosa, mas inevitavelmente, e o espaço conquistado pelos pioneiros do primeiro momento alargou-se paulatinamente, por exemplo, nos hospitais.

O Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde define saúde como

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade de acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasília, 1987).

Essa concepção de saúde permite afirmar que a saúde passa por diferentes tensionamentos: políticos, sociais, culturais, comportamentais, ambientais e biológicos. Considerando esses aspectos, as pessoas podem enquadrar-se em diferentes níveis de saúde e de doença relacionados às suas condições de vida, e eles podem variar dependendo da quantidade, da combinação, da importância e do significado dos fatores que os determinam, e, ainda, das condições que possuem para enfrentá-las.

A saúde é um campo de produção, entre vários outros. Concordamos com Campos (2000:92) quando afirma que:

Na saúde, a revolução do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer a clínica, a Saúde Pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia, pela redefinição de critérios de cura e do papel dos serviços de saúde, colocando-os a serviço da vida.

Isso nos provoca para romper com antigos conceitos e paradigmas, para desnaturalizar o que parece natural, verdades únicas, questionar a visão de mundo hegemônica e reinventar novas práticas que possibilitem a expressão de outros modos de vida.

A Carta Magna de 1988 determina que 'a saúde é direito de todos e dever do Estado', garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Esses serviços devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada a constituir um Sistema Único de Saúde, baseado na descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo de

serviços assistenciais e participação da comunidade através do controle social das ações e do investimento dos recursos em saúde nas três esferas de governo.

Apesar das determinações da Constituição Brasileira e da Legislação do SUS, as práticas profissionais ainda permanecem pautadas nos pressupostos tradicionais, indicando a potência da visão de saúde clínica centrada no discurso do modelo médico hegemônico.

2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A estratégia metodológica de referência para analisar as práticas profissionais dos psicólogos que trabalham na saúde pública tem na discussão em grupos uma importante referência.

A questão dos grupos na pesquisa em saúde foi abordada por Minayo (1998:129) através da proposta de “grupo focal”:

A discussão de grupo deve ser valorizada como abordagem qualitativa, seja em si mesma, seja como técnica complementar”.(..) “O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

Quanto ao aspecto operacional, a autora (op. cit:129) refere que:

A discussão de grupo (“grupos focais”) se faz em reuniões com um pequeno número de informantes (seis a doze). Geralmente tem a presença de um animador que intervém, tentando focalizar e aprofundar a discussão. Os participantes são escolhidos considerando idéias e opiniões de interesse da pesquisa. A abrangência do tema pode exigir uma ou várias sessões.

Em nosso estudo, no entanto, pensamos em abordar o grupo através da possibilidade de criação de espaços de fala e de discussão que se aproximam do que se chama de pesquisa-intervenção. Sabe-se que toda a pesquisa é, por si só, uma intervenção, mas no caso deste estudo, a idéia era propiciar um espaço de discussão que se estendesse para além da pesquisa propriamente dita.

Assim, apesar de tomarmos um tema para a discussão do grupo, aproximando-se da discussão sobre o grupo focal, nosso objetivo foi também pensar a criação de um espaço para os psicólogos da região problematizarem seu trabalho, no caso, associado a um espaço mais amplo de discussão das práticas em saúde chamado Fórum Regional de Saúde Mental. Assim, nossa estratégia está mais próxima da noção de grupo dispositivo tal qual sugere Benevides de Barros.

No trabalho grupal, segundo Benevides de Barros (1997:187-188), estabelecem-se conexões entre pessoas e entre modos de existencialização diferentes:

Isto cria um vasto campo de confrontos, de interrogações, que se propagam criando fossos onde antes estava cimentado. Muitos diriam que isso não é exclusivo de um grupo e que não há garantias que isso possa aí se dar. É verdade. Mas também é verdade que as falas portadoras de cristalizações, os afetos congelados em territórios fechados, quando acionados pelo dispositivo grupal se vêem na adjacência de uma inquietação podendo, se intensificados, se deslocar do lugar naturalizado a que estavam remetidas. Explico-me um pouco mais. O estar diante de outros pode disparar movimentos inesperados porque é o desconhecido – não só enquanto experiência, como também enquanto *modo de experimentar* - que passa a percorrer as superfícies dos encontros.

Para a autora (op.cit:188-189) a experiência com grupos tem permitido observar que

O “experimentar ouvir o outro” irradia uma experimentação de ouvir outros – outros modos de existencialização, outros contextos de produção de subjetividades, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar. Impõe, além disso, um deslocamento de espaço de vivência das angústias, fundamentalmente experimentadas como individuais.

Para este estudo foram realizados encontros periódicos com um grupo de oito psicólogos vinculados a equipes de saúde dos municípios da região do Vale do Taquari. Nesse grupo, priorizou-se a troca de experiências sobre a maneira como cada uma vem trabalhando no serviço municipal de saúde.

Para Foucault (*apud* Tittoni, 2002, p.12), um dispositivo é o conjunto de “algumas estratégias de relações de forças suportando alguns tipos de saber, e suportada por eles”

Para Tittoni (2002, p.13), a noção de dispositivo permite compreender as formas, por assim dizer, “operacionais” de legitimação dos saberes em luta, ou seja, permite compreender os mecanismos utilizados para a construção de idéias, valores ou saberes como poderes legítimos, pois dominantes. Seria como se, através da criação de vínculos entre pontos heterogêneos, fosse possível tornar dominante uma – ou muitas – estratégia.

Os trabalhadores da saúde utilizam esse conjunto de regras como forma de identificação e como guia de suas ações. Com relação aos psicólogos, surgem as

questões: O que é ser um bom psicólogo? Quais os modos de trabalhar e de viver, que podem ser instigados pelas práticas profissionais dos psicólogos envolvidos com a saúde pública? Fortemente vinculados à análise dos indivíduos independentemente dos processos sociais que os produzem como sujeitos, os psicólogos tendem a reconhecer-se em práticas que têm nessas idéias seus fundamentos. De certa forma, legitimam modelos de psicólogos e de práticas profissionais centradas nos indivíduos e baseadas na referência clínica, conforme veremos ao longo deste estudo. Deste modo, produzem e legitimam as verdades sobre seu trabalho e sua profissão.

Alguns pontos chamam atenção quanto às características das integrantes do grupo:

- todas são mulheres;
- a maioria é jovem (de 24 a 42 e recém-formada, de 1 a 4 anos, sendo que só duas têm mais de cinco anos de profissão);
- todas têm outras atividades além do trabalho nas equipes municipais de saúde, inclusive consultório privados;

A composição do grupo demonstra algumas tendências observadas quando da análise do censo demográfico das profissões da saúde de 1970 a 1980. Médici (*apud* Silva, 1992:26) afirma que a força de trabalho na área da saúde tem apresentado as seguintes tendências:

Aumento da participação feminina no setor; rejuvenescimento da categoria; redução dos prestadores autônomos de serviços; e conseqüentemente, aumento da institucionalização de seus trabalhos. Essas tendências podem ser assim resumidas: aumento do exército de reserva de profissionais de saúde, o que tem contribuído para o rebaixamento salarial das diferentes categorias, que por sua vez leva à busca de múltiplas inserções e à procura pelo trabalho institucional.

Outros fatores chamam atenção:

- todas relatam atividades com pacientes encaminhados por outros profissionais da equipe, pelas escolas e /ou gestores;
- todas referem que a sua graduação em Psicologia não enfatizou as políticas públicas nem mesmo a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, que estavam já em andamento durante o seu curso de formação;

- quanto às Instituições de Ensino Superior onde foram graduadas em Psicologia, são cinco, todas no Rio Grande do Sul e todas instituições privadas;

- a maioria dos relatos mostra que a relação com a equipe se dá através do acolhimento dos encaminhamentos, com exceção de uma que refere algumas visitas domiciliares, acompanhando uma agente comunitária de saúde e um trabalho de “treinamento” das atendentes de creche do município. Outra refere que está “acompanhando” a organização de um grupo de AAs;

- a partir do levantamento escrito, a maioria das integrantes do grupo relatou que não conhecia a proposta do SUS e os seus princípios e segue tendo pouca clareza sobre eles.

- as concepções de saúde que os psicólogos têm como referência, na sua maioria, é a saúde como ausência de doença e como o completo bem estar biopsicossocial. Algumas fazem referência à saúde como resultados das condições de vida, mas de uma forma superficial.

- a maioria não participa dos conselhos municipais de saúde de forma efetiva e continuada.

A proposta/convite para participar do grupo foi apresentada no encontro do Fórum Regional de Saúde Mental de março de 2003, e o primeiro encontro já aconteceu em abril. A proposta inicial era de que os encontros do grupo fossem quinzenais, mas não foi possível mantê-la porque os profissionais dependiam de liberação das horas de trabalho pelos gestores municipais e também, do transporte até a cidade onde seria realizado o encontro. Em função disso, optamos por manter os encontros nos mesmos dias do Fórum Regional de Saúde Mental, uma vez por mês. O encontro do grupo de psicólogos acontecia sempre após o encerramento da reunião do Fórum e tinha duração de uma hora à uma hora e trinta minutos. As reuniões mensais do Fórum Regional de Saúde Mental aconteciam na segunda quarta-feira ou na segunda quinta-feira de cada mês, alternadamente.

Os encontros do Fórum tiveram um papel importante para garantir a formação do grupo e também os seus encontros, porque todos os psicólogos que estão no grupo participam das reuniões do Fórum. Mas nem todos os que participam do Fórum participam do grupo: alguns porque atendem consultório particular nesses dias no final da tarde, outros porque precisam retornar para o município junto com as

demais pessoas que participam do Fórum. Outros, também, porque não vêm a todos os encontros do Fórum e optaram por não participar do grupo porque não conseguiriam acompanhar a discussão.

2.1 O QUE É O FÓRUM REGIONAL DE SAÚDE MENTAL

A proposta de criação de um Fórum Regional de Saúde Mental é produto das discussões realizadas no I Encontro Regional de Saúde Mental, em maio de 2000, e já a partir de outubro daquele ano iniciaram os encontros mensais. Ele é parte de uma política de participação do Movimento de Luta Antimanicomial. Os objetivos do Fórum são a participação, a integração entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde, a ampliação das discussões técnicas e políticas, a socialização das informações e das ações que vêm sendo desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, mobilizando para a resolutividade e para a efetivação da rede de atenção em Saúde Mental substitutiva ao modelo manicomial.

Os encontros do Fórum são mensais, e a participação tem sido especialmente de trabalhadores de saúde das equipes das secretarias municipais de saúde e de seus gestores. Gradativamente estão se integrando também estudantes de graduação da região, principalmente do curso de Enfermagem e também pacientes e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos municípios.

Houve inicialmente uma importante discussão sobre a participação dos usuários dos serviços no Fórum, principalmente pelos trabalhadores de saúde, justificada pela preocupação de que não poderiam falar das dificuldades que os trabalhadores enfrentam para implementar as ações, da remuneração e forma de contratação inadequadas que muitos trabalhadores enfrentam, da falta de políticas municipais que sustentem as ações que estão sendo propostas pelos trabalhadores, etc., ou seja, “tem coisas que a gente não pode expor pra eles”.

‘Não se expor’ não é uma preocupação só de psicólogo, no Fórum isto aparece relacionado a outros profissionais. Uma das situações que exemplificam é uma discussão que ocorreu para decidir se os usuários poderiam participar de todas as reuniões do Fórum Regional de Saúde Mental, onde estavam alguns usuários e profissionais da saúde de diferentes categorias. O tema foi discutido em três

reuniões até os participantes conseguirem definir sua posição: a maioria votou para que os usuários participassem das reuniões de forma alternada, porque os profissionais “precisam de encontros para falar sobre os seus problemas em relação ao trabalho e não podem expor suas dificuldades para os usuários dos serviços”.

A coordenação dos encontros nos primeiros dois anos era realizada pelos trabalhadores da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, mas em 2003 houve um processo de descentralização no sentido de a cada mês a equipe de um município assumir a coordenação do encontro. Com isso houve uma ampliação do nível de participação e de comprometimento dos trabalhadores de saúde dos municípios com o Fórum e até do fortalecimento da participação e do Controle Social, uma vez que houve também mobilizações no sentido de criar comissões de saúde mental dentro da estrutura dos Conselhos Municipais de Saúde.

O Fórum de Saúde Mental é hoje na região um espaço, um movimento de mobilização para a produção e a implementação da reforma psiquiátrica e também a organização de uma rede de atenção em saúde mental coletiva em nível municipal e regional. E o Fórum tem sido um espaço de discussão também para as dificuldades e limitações na implementação dessas mudanças. O Fórum possibilitou além disso, a realização das conferências municipais e as regionais de Saúde mental nos últimos três anos e a participação dos delegados nas conferências Estaduais e Nacionais de Saúde e de Saúde Mental.

O grupo teve um significado importante na discussão sobre as práticas profissionais das psicólogas participantes desse estudo. Suas falas demonstram os encontros do grupo como momentos de troca e de auxílio no sentido da organização e problematização de suas práticas profissionais no campo da saúde pública, assim como um momento para, através da troca, estimular a busca de conhecimentos não desenvolvidos durante o curso de graduação.

“A possibilidade de ouvir como os colegas trabalham. Eu que sou nova na área sou formada a pouco, essas trocas vão ajudando a formar a nossa visão, o nosso modo de trabalhar. Porque quando eu comecei eu estava muito perdida, e o melhor presente que eu tive foi na primeira semana de trabalho já vir para uma reunião do Fórum Regional de Saúde Mental, porque eu cheguei aqui e já comecei a me situar um pouquinho, ouvindo colegas que estão em outras secretarias municipais de saúde. E esse grupo aqui também é riquíssimo, muito bom mesmo. Até ouvindo angústias, dúvidas, problemas que os colegas enfrentam me ajuda. Eu faço qualquer coisa para estar aqui, porque pra mim vale mais do que muita leitura.”

“Porque eu acho que na medida em que a gente cria esses espaços, é também uma forma de valorização, porque a desvalorização leva a gente a não se mostrar, a se esconder. Então se a gente está aqui num grupo onde talvez a gente possa se mostrar, usar o grupo inclusive para vencer nossos

medos, que seja um espaço onde a gente possa confiar uns nos outros, que a gente possa discutir e agregar ao nosso trabalho.”

“Eu acho que evidencia de novo a questão da Formação, que mesmo as supervisões e os cursos de pós-graduação eles ainda estão voltados para a clínica individual, para a questão do individual e não do social. Então, onde a gente busca supervisão, orientação para o trabalho em saúde coletiva? Então por isso talvez a gente usava ou usa o grupo também como um momento até de supervisão, porque não tem outro espaço.”

“Eu só queria sinalizar que apesar dessas reproduções, esse grupo enfatiza esse movimento de luta e fuga, nossa tentativa de estar fazendo alguma coisa para sair.”

“Para mim tem sido mais produtivo vir aqui para o grupo para discutir o nosso jeito de trabalhar, trocar experiências, questionar. Isso me estimula muito mais do que pensar em voltar para um curso formal.”

3 O PSICÓLOGO E A SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO E A FORMAÇÃO

3.1 OS MOVIMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA IMPLANTAÇÃO DO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) NO RIO GRANDE DO SUL E SEUS EFEITOS NA REGIÃO ESTUDADA

A importância deste relato se justifica pelas mudanças que foram desencadeadas a partir da implementação dos Serviços de Saúde Mental no Rio Grande do Sul, enquanto campo de ação e de capacitação para os trabalhadores de saúde, especialmente dos psicólogos.

Segundo a psicóloga Sandra Fagundes (1992: 41), no Rio Grande do Sul,

a descentralização do atendimento aos portadores de sofrimento psíquico é tema desde 1925. A alternativa única de um hospital psiquiátrico de abrangência estadual – Hospital Psiquiátrico São Pedro – já dá mostras de fracasso: superlotação, abandono, cronificação são alguns dos problemas que atingem a população (des)atendida e que preocupam a administração pública da época. A proposta, então, formula-se como a construção de hospitais psiquiátricos regionais. Ao final da década de 50 e início dos anos 60 são criados os primeiros ambulatórios públicos, vinculados a universidades e ao hospital psiquiátrico estadual.

A década de 70 é a de maior repressão política, do “milagre econômico” e a de maior destinação de verbas para a assistência psiquiátrica no país. Nesse contexto, no nosso Estado são contratados profissionais e instalados serviços de saúde mental nas unidades sanitárias ou centros de saúde da capital e principais cidades do interior pela Secretaria Estadual de Saúde. A proposta é de atendimento aos doentes mentais por área geográfica, a qual se adapta o Hospital Psiquiátrico São Pedro, visando reduzir o número de internos que naquela época era de aproximadamente cinco mil pessoas. É importante assinalar também que neste período houve a implantação da saúde comunitária através de um sistema de serviços de atenção primária e de uma residência multiprofissional, na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre.

Em 1982 são contratados os primeiros profissionais concursados para trabalhar em saúde mental nas unidades sanitárias. No entanto, apesar dos serviços e das Residências - de medicina geral comunitária e interdisciplinar de saúde mental – os doentes mentais continuavam sendo cronificados e estigmatizados. As unidades sanitárias, que deveriam ser as portas de entrada do sistema passam a ser a saída: atendem os egressos das instituições psiquiátricas, numa prática de perpetuação da prescrição medicamentosa e de reinternação a cada surto psicótico, fechando o circuito gerador e reproduzidor de aniquilamento psicossocial.

De acordo com o relato de Oliveira e Saldanha (1993:41-42) fatos importantes influenciaram no processo de transformações no campo da saúde mental, no Rio Grande do Sul, a partir de 1987, como:

O final da ditadura, a crise da previdência social e da saúde, o fracasso do modelo hospitalocêntrico e a emergente mobilização pela democracia – “Diretas Já”, os movimentos sociais pela saúde, a produção teórica da Saúde Coletiva e sua inserção social estabelecendo um diagnóstico crítico e aprofundado do setor, as eleições de governadores e da Constituinte, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e sua decisiva influência no processo constituinte ao definir a saúde como direito do Estado, situá-la como produção social num contexto histórico e social, além de estabelecer os pressupostos fundamentais da Reforma Sanitária.

Após a eleição do primeiro governador no Rio Grande do Sul, em 1986, assume a coordenação Estadual da Saúde Mental a Psicóloga Sandra Fagundes, “a primeira não médica e não masculina a ocupar o cargo”. A equipe que assumiu a coordenação tinha composição interdisciplinar e vinha de experiências “alternativas” nos serviços ou na Universidade. Segundo a Coordenadora:

O desafio era enfrentar a máquina administrativa e a necessidade de mudanças capazes de responder às demandas da população no sentido de resgate da cidadania, da participação e da inserção social, do respeito aos direitos humanos fundamentais, e da “criação de conceitos e práticas coerentes com tais exigências”. (Fagundes, 1992: 42).

Inúmeras e significativas transformações vão sendo percebidas no atendimento à saúde mental no Rio Grande do Sul e, embora não sendo objetivo deste estudo descrevê-las, apontaremos algumas das mudanças. A partir de um primeiro diagnóstico que identificou a urgência de capacitação de pessoas para trabalharem nos serviços de saúde de acordo com as diretrizes da Reforma Sanitária, foram desenvolvidos oito cursos de Capacitação e dois cursos de

Especialização em Saúde Mental Coletiva, alguns através de parcerias com universidades, prefeituras municipais e outras instituições e movimentos sociais. Também foram realizados encontros em diferentes regiões do Rio Grande do Sul, bem como intercâmbios com os países do Prata e em diferentes cidades brasileiras, pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Do mesmo modo, a realização do 1º Encontro Estadual de Saúde Mental com caráter de pré-conferência para eleição de delegados à 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Nas palavras de Sandra Fagundes (1993:53), “a proposta é de desinstitucionalização de modos de pensar, de criar, de expressar, de produzir, de agir, de amar, de lutar”.

A criação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, em março de 1991, também é um marco importante como movimento de discussão, de luta e de participação no processo de mudanças que ainda estão sendo implementadas. Embora tenha sido um período de grandes mudanças, de mobilização de centenas de pessoas, de criação de serviços em mais de 50 % dos municípios gaúchos (a municipalização da saúde possibilita a criação de tais serviços) na época, havia também dificuldades. Muitas delas ainda são apontadas pelos psicólogos e trabalhadores de saúde nos dias de hoje. Entre elas podemos citar os conceitos e paradigmas baseados nos quais estão sendo pensados e organizados os serviços de saúde mental, a forma como o portador de sofrimento psíquico é percebido pelos trabalhadores e também pelos gestores municipais de saúde.

Pelbart (1994:161) propõe uma redefinição para os conceitos de louco e loucura e aponta a existência do manicômio mental referindo-se à exclusão da desrazão e diz que “o manicômio concreto é gerador de um manicômio mental sobre o fenômeno da doença e dos comportamentos das pessoas com sofrimento psíquico, que provocam a exclusão e o estigma”.

Fagundes (1992:44) apontava como obstáculos, além dos manicômios mentais⁸:

O distanciamento entre universidade e serviços, a impossibilidade do ingresso de alunos/trabalhadores que não tem graduação nos cursos de aperfeiçoamento e a organização

⁸ Os manicômios mentais são definidos por Fagundes (1992: 54) como obstáculos para mudar os modos de pensar, pois impossibilitam identificar ignorâncias, articular saberes científicos com populares e considerar estes últimos diferentes e de igual valor.

do trabalho que dificulta o afastamento do trabalho para a aprendizagem e a realização de atividades pedagógicas em horários não convencionais, entre outros.

Além da criação de serviços substitutivos aos hospitais na atenção aos portadores de sofrimento psíquico, a capacitação de trabalhadores, a participação e a organização em movimentos sociais como o Movimento de Luta Antimanicomial e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, outro movimento foi decisivo no processo de mudanças da Saúde Mental: a participação dos trabalhadores e usuários dos Serviços de Saúde Mental e, do Fórum Gaúcho de Saúde Mental no processo de discussão e aprovação da Lei Estadual nº 9716, sancionada em 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica do Estado, (Legislação em Saúde Mental, 2000: 46- 49).

Esse movimento de capacitação e mobilização para a mudança nos serviços de saúde mental não atingiu todo o Estado com a mesma intensidade, embora tenha desencadeado algum tipo de ação em mais da metade.

No Vale do Taquari, por exemplo, realizamos em 2000 o 1º Encontro Regional de Saúde Mental e, naquele ano, de um total de 41 municípios, apenas quatro contavam com uma psicóloga na equipe e ofereciam à população algum tipo de atenção em saúde mental, com exceção da medicalização e dos encaminhamentos para internação psiquiátrica dos portadores de sofrimento psíquico mais severo (16ª CRS, 2000). Nesse encontro também foi apresentada a proposta de criação do Fórum Regional de Saúde Mental, o que ocorreu em outubro do mesmo ano.

O Fórum Regional de Saúde Mental é hoje o espaço mais importante de articulação e discussão de ações que podem fortalecer e implementar serviços que vão constituir a Rede Regional de Atenção à Saúde Mental. Os encontros são mensais e têm a participação de trabalhadores e gestores das equipes municipais de saúde. A coordenação das reuniões inicialmente era feita pelos trabalhadores de saúde da 16ª Coordenadoria de Saúde. Há um ano essa função vem sendo assumida a cada reunião por trabalhadores de saúde de um dos municípios da região, visando à descentralização da coordenação e o maior envolvimento dos demais trabalhadores. Ainda é tímida a participação dos usuários nos encontros mensais do Fórum, devido à dificuldade dos trabalhadores em dividir suas

preocupações e dificuldades na implementação da política de Saúde Mental, postura essa relativa à dificuldade de articular-se com outros saberes.

No entanto, embora ainda se identifiquem dificuldades, há também avanços: a participação dos trabalhadores de saúde no Fórum Regional de Saúde Mental tem estimulado as equipes e os gestores a implementar ações e serviços especializados de saúde mental (temos dois CAPS implantados nos últimos dois anos) e a contratação de trabalhadores de diferentes áreas de formação para integrar as equipes municipais de Saúde. No caso dos psicólogos, por exemplo, em 2000 apenas oito municípios (21%) tinham dez profissionais trabalhando nas secretarias municipais saúde. Já em 2002, são 20 municípios (49%) contando com 24 profissionais (acréscimo de 140%), que trabalham nas suas equipes (Relatório de Gestão da 16ª CRS – SES/RS). Nesse sentido, percebe-se um crescimento significativo no investimento dos municípios na ampliação das equipes municipais de saúde, nesse caso, enfocando especificamente o campo de trabalho dos psicólogos. No entanto, é inevitável questionar qual o impacto que o trabalho desses trabalhadores tem produzido na atenção à saúde, ou nos indicadores de saúde desses municípios? Que transformações têm produzido nas equipes e nas ações de saúde?

Em 2002, foi realizado um recadastramento para o Guia de Serviços de Saúde Mental do Rio Grande do Sul (2002). A partir desses dados, Arenhardt, Cattoi e Saldanha (2002:148-149) afirmam que:

As unidades básicas de saúde realizam ações de atenção básica (Segundo o Guia de Serviços de Saúde Mental é um conjunto de ações que inclui desde a proteção e a promoção até o diagnóstico e o tratamento de doenças) e que elas são realizadas pela equipe de profissionais que atendem na unidade básica de saúde, ou seja, enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social e ou pela Equipe do Programa Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

Considerando as práticas das equipes de saúde, Arenhardt, Cattoi e Saldanha (2002:149) dizem que:

Ainda trabalham muito centradas no atendimento médico, na dispensação de medicamentos e no encaminhamento para a internação dos usuários. Sendo que muitas vezes, o portador de sofrimento psíquico não passa pela Unidade Básica, permanecendo sem atendimento ou sendo encaminhado

diretamente para internação, sem passar pela avaliação da equipe de saúde.

Diante dessas constatações, percebe-se que ainda prevalecem as práticas históricas da medicalização e da internação em hospital psiquiátrico, baseadas no modelo médico hegemônico. Romper com essas práticas é um dos grandes desafios das equipes de saúde.

A mobilização e a participação dos integrantes do Fórum Regional de Saúde Mental tem sido decisiva na organização e na realização das Conferências microrregionais e da Conferência Regional de Saúde Mental, preparatórias para a participação na Conferência Estadual e na Conferência Nacional de Saúde Mental.

Desde a sua criação, é realizado também um encontro por ano como momentos de discussão mais ampliada sobre as questões relativas à implementação e qualificação dos serviços e onde se estimula a participação dos usuários, dos gestores e da comunidade.

Na avaliação de Arenhardt; Cattoi e Saldanha (2002: 153), o Fórum Regional de Saúde Mental vem se constituindo como:

Um espaço possível de construção da história da saúde mental na Região do Vale do Taquari e de enfrentamento dos diferentes entraves. A estratégia do Fórum é ampliar a participação nas reuniões, envolvendo diferentes atores sociais (Brigada militar, Igrejas, Ministério Público, Polícia Civil, Conselheiros Tutelares, e representantes de outras políticas sociais, usuários e familiares dos serviços de saúde) na discussão da Política de Atenção Integral à Saúde Mental.

Dessa forma, todos esses movimentos no País, no Rio Grande do Sul e na Região do Vale do Taquari (aqui mais especificamente nos últimos quatro anos), com seus avanços e tropeços têm contribuído de maneira decisiva para criar e ampliar os espaços de participação e de inserção do psicólogo nas ações das equipes das secretarias municipais de saúde do Vale do Taquari.

3.2 FORMAÇÃO ACADÊMICA

3.2.1 A FORMAÇÃO ACADÊMICA DO PSICÓLOGO

A discussão sobre a formação acadêmica foi uma constante nos encontros do grupo, demonstrando a importância do conhecimento acadêmico na definição das práticas do psicólogo. Foram apontadas críticas aos modelos e teorias, vistos como descontextualizados em relação às práticas e as demandas dos serviços municipais de saúde.

Ao se referirem à formação acadêmica do psicólogo, as profissionais que participam do grupo apontam falhas nos seus cursos de graduação citando, como exemplo, a carência de estudos teóricos e atividades voltadas para as políticas públicas, a falta de informações e de oportunidades para participar de dispositivos de controle social, como por exemplo, os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências de Saúde e ainda a dificuldade de se reconhecerem como psicólogas através de práticas nos serviços de saúde que não são “convencionadas” nos cursos de formação acadêmica, entre outras dificuldades que veremos a partir das falas relacionadas no nosso estudo.

A questão da formação do psicólogo já há alguns anos vem sendo alvo de crítica e de estudos que apontam a necessidade de se rever os modelos teóricos e práticos adotados nesses cursos. Vários autores realizaram estudos sobre o tema, como Spink (1992; 2003); Silva (1992); Bianco *et,al.*(1994); Campos (1992); Figueiredo (1995, 1999 e 2000) entre outros.

Coimbra (1999:80) referindo-se à história da Psicologia assinala a psicologização da vida social e política e o “Boom” da psicologia e da psicanálise.

Após a reforma universitária de 1968, - como resposta ao movimento estudantil – o governo Costa e Silva apela para o setor privado, há grande expansão das faculdades particulares, onde os cursos de psicologia florescem assustadoramente. Paralelamente a esse crescimento do ‘mercado psicológico’, os

cursos de História, Filosofia e Sociologia vão gradativamente sendo diminuídos e sendo esvaziados: alguns são extintos.

A autora (op.cit: 81) afirma também que, “desde a sua regulamentação, em 1962, a profissão de psicólogo marca esse profissional como aquele que abranda e resolve os problemas de desajustamento”.

Essas questões apontadas pela autora ganham importância no nosso estudo porque apontam para a psicologização da sociedade e dos espaços psi, para a ausência de reformas curriculares, passados 41 anos da aprovação do primeiro, ignorando todas as mudanças e demandas e ainda pelo processo de mercantilização do ensino no país.

Sobre esses fatores, Bernardes (2004:2) relata que:

Atualmente, existem 237 cursos de Psicologia. Se desdobrarmos os cursos nas habilitações existentes – Bacharel, Licenciatura e Formação de Psicólogo – teremos 421 habilitações em Psicologia no Brasil. Trata-se de dado oficial, mas que não reflete a realidade dos acontecimentos. (...) A ABEP calcula que este número tenha ultrapassado 400 cursos (o número de habilitações dobra). A preocupação aqui é o desconhecimento, por parte do Estado, do número aproximado de cursos de Psicologia no país.

Esse relato assinala a falta de controle frente às políticas educacionais, confirmando o caráter mercantilista do ensino e também a indiferença com as características da formação e com as oportunidades de trabalho que o mercado oferece para esse contingente de profissionais formados a cada ano.

Yamamoto (2003:39), baseado nos estudos de Freidson (1998) aponta a necessidade da regulamentação das profissões “tendo como justificativa a *proteção do público* com relação a uma possível incompetência na utilização de tais recursos (domínio dos recursos da profissão), ao mesmo tempo que o credencialismo estimularia os profissionais a um desempenho comprometido”.

A partir dessas considerações, Yamamoto (2003) indaga se, ao longo dos 40 anos de regulamentação da Psicologia, a regulamentação tem protegido o público, ao mesmo tempo em que tem estimulado um desempenho comprometido por parte do Psicólogo.

Esse tema também foi motivo de debate no grupo das psicólogas e mostra preocupação quanto a essa responsabilidade dos profissionais, como as falas demonstram:

“É isso que eu não admito, que as pessoas saiam da Universidade tão mal preparadas. Porque, diante de uma situação como essa, a gente tinha que ter no mínimo algum parâmetro de como conduzir uma situação dessa ordem. A gente paga muito caro para sair sabendo tão pouco e para ouvir profissionais dizendo “só o fato de estar ouvindo, já é terapêutico”. Isso é suficiente para nós, profissionais? E para o cidadão que está nos pagando com o imposto dele, é suficiente? A gente não tem receita para tudo, mas tem que ter um referencial mínimo que eu acho que nos falta.”

“Eu acho que evidencia de novo a questão da Formação, que mesmo as supervisões e os cursos de pós-graduação eles ainda estão voltados para a clínica individual, para a questão do individual e não do social. Então, onde a gente busca supervisão, orientação para o trabalho em saúde coletiva? Então por isso talvez a gente usava ou usa o grupo também como um momento até de supervisão, porque não tem outro espaço. Eu muitas vezes me perguntei a quem procurar? E pensando em todos os meus professores, talvez uma pudesse me dar alguma orientação, parcial assim. Por que isso? Porque talvez a Psicologia ainda esteja com o seu olhar voltado para o individual.”

“Se o profissional for uma pessoa equilibrada, sem muitos “comprometimentos”, não vai fazer grandes “estragos”, mas e se não for? Porque a gente sabe quantos colegas nossos têm sérios problemas, e também em outras áreas como medicina, enfermagem... A gente ganha um poder muito grande quando recebe um título de psicólogo ou de médico, e a partir disso se fazem barbaridades com as pessoas.”

“Apareceu na reunião do Fórum de Saúde Mental a idéia da gente fazer uma comissão para ir até as universidades para discutir essas questões dos currículos e da formação de profissionais de saúde, não só os psicólogos, mas também os enfermeiros, médicos, dentistas, etc. Porque a formação que é oferecida se distancia muito da realidade de trabalho e da proposta do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Eu entendo que o meu fazer hoje está bem distante do que eu aprendi e mudou a partir da prática, da intuição, da supervisão”.

A preocupação com a formação acadêmica é apontada também por diversos autores com relação aos demais profissionais que integram as equipes municipais de saúde, principalmente a partir da Reforma Sanitária, quando começa a acontecer a municipalização da saúde, e começam a ser constituídas as equipes de saúde.

Silva (1992:25) reforça essa percepção ao afirmar que “a tendência de institucionalização do trabalho das diferentes categorias de saúde vem crescendo sem que os programas de formação profissional consigam acompanhar este movimento e responder adequadamente a ele”. A autora (1992:25) também critica a formação acadêmica em psicologia ao afirmar que, “durante décadas ela tem sido direcionada à preparação para o exercício autônomo da profissão, com a priorização de um único modelo de atendimento, que, independentemente de suas linhas teóricas, tem privilegiado os seguimentos psicoterápicos contínuos”.

Buscamos também nos estudos de Figueiredo considerações e estudos sobre as teorias e práticas na clínica psicológica. Esse autor (1995: 86-87) faz uma discussão das questões relativas às formas de conhecimento inspirado, como ele mesmo denomina, pelas idéias de Polanyi (1958 e 1960) e Feyerabend (1991). A

contribuição do primeiro se dá na formulação do conceito de *conhecimento tácito*⁹ em oposição ao que ele chamou de *conhecimento explícito*¹⁰ e outra distinção importante, que opõe o *conhecimento focal ao conhecimento subsidiário*.¹¹

Para Figueiredo (op.cit: 87)

A dificuldade de ‘fazer falar o tácito’ advém do fato de que o *conhecimento pessoal* existe em um plano de experiência em que sujeito e objeto ainda não se construíram como entidades relativamente independentes uma da outra.

Referindo-se às contribuições de Feyerabend, o autor (op. cit:91) relata que este, também apoiado em Polanyi, insiste “na dominância do conhecimento tácito e na sua resistência a uma explicitação integral, porém sugere que os trânsitos entre conhecimento tácito e conhecimento explícito dependerão dos meios e estratégias representacionais adotados”.¹²

Continuando nessa reflexão, Figueiredo (1995, p. 90) afirma que “apesar do nome ‘*subsidiário*’ sugerir que o *conhecimento focal* é primitivo, em termos de uma relação inteligível com as coisas do mundo, com as figuras que nele se podem formar, o *conhecimento subsidiário* é básico”.

Conhecer as teorias é importante, não para fazer delas instrumentos de trabalho objetivo e focal, mas como dispositivo para agregá-las aos saberes advindos das experiências, dos modos de subjetivação. Ou seja, as teorias só passam a operar como conhecimento quando incorporadas ao que o autor chama de *conhecimento subsidiário*.

⁹ O *conhecimento tácito* é, segundo o autor, o conhecimento incorporado às capacidades afetivas, cognitivas, motoras e verbais de um sujeito. O que caracteriza este conhecimento é ser de natureza eminentemente pré-reflexiva. Ele, na verdade, oferece uma certa resistência aos discursos representacionais objetivadores: (...) etimologicamente *tácito* é *calado, silencioso*.

¹⁰ *Conhecimento explícito* é o conhecimento que se torna disponível na forma de sistemas de representação, como é o caso de uma teoria. Aqui já se instalou o fosso entre sujeito e objetos: o conhecimento representacional é, pelo menos na intenção, um conhecimento objetivo e objetivador; ele traz consigo a exigência de ser um conhecimento reflexivo, ou seja, um conhecimento que se sabe como tal e que, nessa medida está disponível para uma auto-avaliação e para autocorreções. Esta é, inclusive, uma das principais vantagens do conhecimento explícito: ele é muito mais acessível às críticas do que o conhecimento tácito, que corre o risco da rotinização e da mecanização.

¹¹ *Conhecimento focal* é o conhecimento que implica na apreensão temática de aspectos particulares do mundo.(...) *Conhecimento subsidiário* trata-se de uma apreensão não temática de partes do mundo que, no entanto, contextualizam, servem como fundo para aquilo que entra no foco. (...) Em outras palavras: nós *possuímos conhecimentos focais significativos porque somos possuídos pelo conhecimento subsidiário em que vivemos*.

¹² Segundo Figueiredo, Feyerabend se refere às tradições teóricas, ou seja, as tradições que recusam a multiplicidade dos meios de instaurar o império das representações teóricas. Para tanto, procuram eliminar a complexidade da experiência de forma a reduzi-la a conceitos e sistemas conceituais de validade universal e transhistórica. As teorias visam focalmente seus objetos, extraindo-os do vasto e complexo cenário compreensivo organizado pelas práticas sociais e históricas.

Sobre isso, o autor (op. cit: 90) afirma:

Compreender uma teoria é incorporá-la, é silenciá-la, é poder dela dispor sem fazer dela o alvo de um conhecimento focal, é ter dela uma consciência não temática, como condição de interpretar as coisas do mundo, configurá-las para agir sobre elas. Enfim, a teoria é útil quando recua para a condição de fundo silencioso, permanecendo nas margens da consciência focal. (...) Ou seja, a experiência pessoal é origem, destino e contexto de significação de toda a teoria.

A fala de uma das participantes do grupo ratifica essa afirmação do autor e mostra que essa é uma preocupação dos psicólogos que estão nos serviços.

Eu penso que tem a ver também com a formação pessoal do psicólogo e do tempo que ele tem para se escutar. Acho que isso influencia no trabalho do psicólogo tanto no consultório como na unidade de saúde.

O modelo de trabalho dos psicólogos parece que vem sendo reproduzido pelas práticas que privilegiam as teorias, ignorando desejos e histórias de vida. Para Figueiredo (op.cit: 92)

As teorias ignoram intencionalmente – e não por acidente e casualidade – tudo que pertence ao fundo, ao campo dos conhecimentos subsidiários na sua concretude e complexidade. O mundo em que vivemos – ‘o assunto que habitamos’ – fica, portanto, excluído dos discursos teóricos que concentram seus focos apenas naquilo que pode sustentar um sistema representacional, ou seja, nas figuras.

Essa também é uma questão que motivou discussão entre as psicólogas que integraram o grupo:

“Eu acho que a Psicanálise sempre nos colocou muito essas questões de neutralidade, de imparcialidade e parece que isso tem nos distanciado muito e nas próprias equipes parece que a gente se vê como um ser diferente por ser psicólogo.: Eu não posso isso, eu não posso aquilo... Mas gente, eu questiono porque acho que essas dificuldades que nos são colocadas muitas vezes são produzidas por nós mesmos, pela nossa teoria de base. E isso é certo?”

“Acho que a gente tem que cuidar muito com esses conceitos porque essa idéia da neutralidade não foi instituída só pela psicanálise, dessa maneira como a gente coloca ou toma, às vezes. Eu já escutei de um professor do curso de psicologia: que a gente tem que chegar no consultório e se despir da roupa de pessoa e pendurar no cabide...”

A partir das considerações teóricas anteriores, Figueiredo (op.cit:92) pergunta:

Será que a supervalorização dos conhecimentos explícitos e, entre eles, a dominância dos conhecimentos teóricos, dá conta dos problemas teóricos que nos concernem enquanto psicólogos, produtores de conhecimentos psicológicos e professores de psicologia?

Nesse sentido, Coimbra (1999:.81) também critica os cursos de graduação para a formação do psicólogo:

Na graduação de Psicologia, produz-se uma ‘certa’ prática ‘psi’. Desde o seu início está impressa a marca da tradição positivista. (...) É o domínio da psicologia experimental positivista, com suas características de cientificidade, neutralidade, objetividade e tecnicismo. A própria psicanálise ensinada – e, em certos cursos, hegemônica – também está marcada por esse positivismo e pela ‘psicologização’ da vida social e política.

Entre as psicólogas do grupo surgiram questões, problematizando sua formação acadêmica e suas práticas nos serviços de saúde:

“Acho que esse modo de fazer e de se colocar é o que predomina nos cursos de psicologia do RS. É isso que se faz e se propõe para os alunos. Então, fico me perguntando será que nós não estamos muitas vezes, por insegurança, deixando de fazer, de conquistar espaços, embasados em teorias que nos foram passadas e acreditando que é o correto e que deve seguir sendo assim”.

“Eu acho também que dentro da faculdade não aparece muito interesse por essa área. Até porque muitas vezes os professores na sua maioria são profissionais da clínica, são pessoas que têm a teoria ao máximo investigada, já conhecem as vírgulas do livro tal. Acho que para trabalhar nesta área (saúde coletiva) não dá para se apegar só em livros, tem que conhecer a prática também tem que considerar também a experiência de cada um”.

“Então, eu acho que acaba não surgindo interesse por essa área da saúde coletiva até por não ter pessoas apaixonadas ali dentro, pra nos passar isso, assim como têm psicanalistas ortodoxos. Na universidade onde eu fiz o meu curso, por exemplo, o que se tem é a Psicanálise Freudiana ortodoxa, tradicional”.

A partir das concepções expostas, apoiado em Polanyi e Feyerabend, Figueiredo (op. cit: 93) faz algumas considerações sobre as teorias e práticas na clínica psicológica que podem nos ajudar a problematizar o trabalho do psicólogo nas equipes municipais de saúde. Propõe começar por:

Desfazer a ilusão de que seria possível e necessário elaborar um conhecimento explícito, objetivo e reflexivo, que fosse cabal reprodução da experiência. (...) É necessário levar a sério a idéia de que a experiência incorporada, o conhecimento tácito e pessoal, entranhado no corpo, não é totalmente transparente e convertível em teoria. Mas, na direção inversa, é preciso também se resignar diante do fato de que os sistemas representacionais nunca serão totalmente incorporados às práticas, serão sempre compreendidos de acordo com as possibilidades abertas pelos conhecimentos subsidiários.

O autor (op. cit: 94-95) sugere ainda, que:

As relações entre conhecimentos tácitos e conhecimentos explícitos, entre experiências e discursos representacionais, devem ser mantidas em um ótimo nível de tensão. Ou seja, ‘a teoria não deveria coincidir com a prática, mas a teoria deveria dizer respeito à prática (...) Manter a tensão é deixar que a prática seja um desafio à teoria e que a teoria deixe que irrompam problemas para a prática’.

Nesse sentido, percebe-se nas falas das integrantes do grupo uma expectativa de que os cursos de Psicologia promovam essa “aproximação” entre as

teorias e a prática, evitando esse tensionamento que está sendo proposto pelo autor. Então, ao mesmo tempo que elas percebem que os conhecimentos advindos do curso de graduação não dão conta das demandas dos serviços municipais de saúde, há também uma expectativa de encontrar nos cursos “receitas, modelos adequados” para as ações de saúde que possivelmente terão de implementar. E seguir reproduzindo modelos, métodos preestabelecidos, não reconhecendo ainda o saber tácito, o saber subsidiário e os novos saberes que poderão ser produzidos com a equipe, com os usuários, com os gestores e outros atores e autores, com os quais possam estabelecer trocas e parcerias.

“Eu acho que muitos profissionais devem passar por isso, porque nem todos têm essa estrutura de trabalho que a Universidade passa como a ideal. Então por que a faculdade não se adapta à realidade? Olha, gente, o ideal seria isso, mas vocês vão encontrar outra realidade na prática...”

“Então a estrutura do curso, o embasamento teórico é o mesmo tanto para quem saiu da Universidade há 12 anos como para quem saiu em 2003. Essa questão das políticas públicas, da legislação, da contextualização... Isso nós temos visto com vocês nas coordenadorias, com os que já têm uma trajetória diferente.”

“Por isso eu não entendo por que a gente aqui não leva muito mais a sério, isso que a gente se propôs de participar desse grupo. Se para mim foi tão bom, um momento tão produtivo ou a gente começa a se atrever a dizer as coisas que a gente sente ou a gente não sai do lugar.”

A proposta de Figueiredo (op. cit: 96-97) é justamente a necessidade de romper com estes modelos de formação acadêmica e de prática que integram os currículos dos cursos de psicologia hoje. Embora as considerações do autor não sejam relativas à saúde coletiva ou ao Sistema Único de Saúde (SUS), elas apontam a incoerência dos programas de formação também nos demais enfoques teóricos

São concepções que, ou bem conservam a antiga distinção entre psicologia básica e aplicada, ou que, na melhor das hipóteses, pensa o binômio teoria-prática apenas a partir do vértice da proximidade e da complementaridade, embora as realizações fiquem sempre muito aquém do pretendido. Reconhecer a dualidade do conhecimento psicológico – *saber tácito e pessoal do ofício e conhecimento subsidiário versus saberes explícitos, teóricos e focais* – e mais ainda, reconhecer que as relações entre esses pólos envolvem diferenças radicais e conflitos, impõe estratégias muito diferentes tanto para o exercício profissional, como para as práticas de pesquisa, como para as atividades de formação.

Durante os encontros do grupo, apareceu em diferentes momentos, por um lado, a preocupação dos profissionais em justificar as dificuldades enfrentadas no trabalho como resultado das falhas na formação, a baixa remuneração, a falta de um plano de carreira para os trabalhadores de saúde nos municípios que reconhecemos como fatores de produção de sofrimento. Mas se observa também a dificuldade de

pensar outros espaços para a continuidade da formação, através, por exemplo, da postura que assumem no trabalho e as relações com a equipe, ou seja, a prática como possibilidade de uma formação continuada, problematizando os modos psi de fazer saúde/psicologia. Entendemos que isso reflete também a busca pela regularidade, pela normatização do trabalho, tal qual o modelo de formação que está sendo criticado também pelas integrantes do grupo. Ainda não se consegue pensar a variabilidade e o conflito, como possibilidade de mudanças nas práticas ao nos trazerem desafios que desestabilizam e têm a potência de nos transformar.

Quando perguntamos: “Não podemos produzir conhecimento a partir do nosso trabalho? Dos nossos modos de fazer enquanto psicólogo? Discutindo as nossas práticas com a equipe?” No decorrer da discussão, surgiram falas como as aqui apresentadas:

“Sim, eu acho que é baseado nisso que a gente tem feito e tem acontecido o trabalho, mas é um conhecimento empírico, a partir da prática e ele seria reconhecido? Poderia ser considerado científico? Se a gente pudesse mostrar esse conhecimento e este fazer que estou desenvolvendo às vezes pela intuição, como ele seria visto pela nossa categoria profissional? O que nos garante que ele será legitimado?”

“Mas será que a gente está utilizando essa experiência para produzir um novo conhecimento, um novo saber? Porque nós temos também que romper com isso de que o saber está lá na Universidade, porque ele não brotou lá dentro, do nada. Ele partiu da experiência de alguém que começou a escrever e a acompanhar os seus resultados e a analisar a partir de diferentes teorias esses resultados.”

“Acho que essa questão do parar para escrever é importante, porque é um momento de pensar, de analisar e só isso fez com que eu me desse conta de várias coisas que eu nunca havia pensado sobre o meu trabalho.”

“Acho que não é só intuição, tem também uma base teórica que o curso nos dá, mesmo faltando muitas coisas que a gente se depara com a prática. Não é só no “achômetro”.”

“Acho que a base que nós tivemos não é de todo perdida. Muito mais do que aprender uma teoria, a gente vai se formando, criando. Então não é na sorte.”

Em algumas falas também apareceram expressões como: “Ah, eu trabalho tanto que quando eu paro, não quero fazer nada”; ou “quando tem um tempo a gente vai para o consultório”.

Então, essas falas mostraram que o trabalho do psicólogo tem um enfoque individual e há uma intervenção solitária nas práticas de atenção à saúde. Mas aparece também o desejo de ter um espaço para trocar e repensar esses modos de trabalhar, já percebidos como descontextualizados em relação às demandas dos serviços. Nesse sentido, a busca de lugares onde possam ocorrer trocas de experiências, de saberes e dúvidas, tornando o “fazer psicologia” menos solitário e

talvez, mais coletivo. As reuniões de equipe poderiam ser um desses espaços, ainda não reconhecidos ou não organizados para tal função.

3.2.2 O TRABALHO DO PSICÓLOGO

A discussão sobre trabalho está voltada para o trabalho do psicólogo nas equipes municipais de saúde e suas relações com os gestores, com os demais profissionais da área da saúde e com os usuários dos serviços. A partir das discussões do grupo sobre as suas práticas, definimos que as práticas do psicólogo caracterizam-se por atividades em que elas têm pouca autonomia para decidir sobre o seu trabalho:- “tem que fazer o que os gestores determinam”; que elas têm um tratamento diferente em relação aos demais trabalhadores de saúde, como, por exemplo, os médicos; - “O CRP não se preocupa em fazer uma discussão e encaminhamento que defenda os interesses da categoria”. Da mesma forma, pode-se afirmar que buscam “receitas” e indicativos para dar conta das demandas dos serviços e também para reconhecer-se e ser reconhecido como psicólogo. Isto mesmo fora do atendimento individual e do consultório privado, espaços tradicionais e reconhecidos como do exercício da profissão do psicólogo clínico. Entendemos que as questões que mobilizam as psicólogas são: Isto que eu estou fazendo é Psicologia? Como se trabalha como psicólogo do SUS?

A construção dos objetos não é neutra, mas marcada por regimes de verdade. A própria constituição da Psicologia como disciplina mostra ter este caráter normatizador próprio aos regimes de verdade.

Foucault (*apud* Nardi, 2002) afirma a necessidade de compreender como o sujeito se define de maneira ativa, pelas práticas de si. São esquemas que o sujeito encontra na cultura e que lhe são propostos, sugeridos ou impostos pela sociedade e pelo grupo social. Esta apropriação dos elementos da cultura remete para as relações saber-poder, cuja análise permite estabelecer a relação entre os sujeitos e os jogos de verdade.

Para Foucault (1999: 411) os jogos de verdade se referem ao conjunto de regras de produção da verdade, onde jogo significa “um conjunto de procedimentos que conduzem a um determinado resultado, a uma verdade, que pode ser

considerada, em função de seus princípios e regras, como válida ou não, como vencedora ou perdedora”. Assim, nos regimes de verdade, as verdades adquirem legitimidade social, sustentando diferentes formas de dominação. Deste modo, também se legitimam as práticas nas políticas sociais, neste caso em especial, as relacionadas à saúde. Os trabalhadores tomam os regimes de verdade como referência para as suas práticas profissionais, sustentando, muitas vezes, as formas de dominação capitalistas e excludentes.

Na medida em que implicam jogos, as formas de exercício do poder estão intimamente relacionadas às estratégias, e, desse modo, a noção de dispositivo torna-se fundamental, pois permite, como já afirmamos, compreender os mecanismos utilizados para a construção de idéias, valores ou saberes como poderes legítimos, pois dominantes (Tittoni, op.cit.)

Segundo Nardi (2002:19), o regime de verdades próprio ao capitalismo nos seus diferentes períodos permite explicar e justificar as posições de classe, o lugar dos sujeitos na estrutura social, as possibilidades e as restrições à mobilidade social. Esse regime de verdades se sustenta, pois é julgado legítimo pela maioria da sociedade. Assim, podemos compreender sua dupla função, ou seja, de dominação e de identificação.

Então, para Nardi, Tittoni e Bernardes (2002:304) pensar a subjetividade nas suas conexões com o trabalho implica compreender os processos através dos quais as experiências do trabalho conformam modos de agir, pensar e sentir, amarrados em dados momentos – mais ou menos duráveis – que evocam a conexão entre diferentes elementos, valores, necessidades e projetos. Ou seja, implica as diferentes possibilidades de invenção e de criação, ou não, de outros modos de trabalhar, neste estudo em especial, do psicólogo.

Com relação ao trabalho, Castel (1998: 24) refere que o trabalho é uma forma de inscrição privilegiada na estrutura social, não obstante as transformações contemporâneas. O autor concebe o trabalho não somente "enquanto relação técnica de produção, mas como um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social". Assim, o trabalho pode ser pensado como tendo um lugar importante na análise dos processos sociais, tanto no que diz respeito a seu significado para a vida em sociedade, quanto a seus efeitos nas condições materiais da existência.(Tittoni: 2000).

Neste estudo, a abordagem do trabalho passará pela análise do trabalho do psicólogo, considerando as experiências relatadas nos encontros do grupo, as especificidades desta atividade, as quais buscamos definir através de documentos oficiais que regulamentam a profissão e indicam sobre as “verdades” que legitimam e regulam sua atividade profissional, desde o seu reconhecimento como tal, além de estudos realizados por diversos autores que se dedicam a este tema.

Os documentos que regulamentam a profissão apontam que 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, de um modo geral, está muito relacionado a esses objetivos, seja ele em escolas, empresas ou clínicas.

Segundo Ana Bock (2001) nos documentos da lei que regulamenta a profissão, e no Catálogo Brasileiro de Ocupações, encontramos a Psicologia e a profissão limitadas a aspectos intervencionistas orientados para o ajustamento e a adaptação do indivíduo. Fala-se, então, de desenvolvimento do indivíduo e de condições que o facilitem, como se o desenvolvimento tivesse um percurso determinado. Assinalam-se 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 está aí o objeto da Psicologia.

Essas formas de regulamentar e organizar o trabalho do psicólogo expressam regimes de verdades sobre o exercício da profissão de psicólogo que apontam para práticas tradicionais, centradas no modelo médico, numa visão de clínica que isola o indivíduo e o percebe como a-histórico.

Esse modelo de “ser psicólogo” e “fazer psicologia” aparece como “ideal” para a grande maioria dos psicólogos. É possível perceber isso a partir das falas do grupo e também pelo resultado da pesquisa realizada em 2000 pelo Conselho Federal de Psicologia. Alguns exemplos das falas no grupo:

“Já está claro pra mim que eu não vou ganhar a minha vida só no consultório, também porque não me realiza. Mas parece que também com toda a formação que a gente tem, voltada para a clínica individual, parece que não ter consultório...É aquela coisa tu entra no curso de psicologia porque tu vai ter o teu consultório, aí tu ficas cinco anos, tu vai te modificando, mas parece que há uma necessidade também de ter isso.”

“Até porque se passa cinco ou seis anos sendo orientados basicamente para isso e muitos até vão para o curso já idealizando isso: eu vou me formar e vou ter meu consultório como esta ou aquela pessoa...”

“E eu vejo que essa mudança de postura para aqueles psicólogos que estão saindo da universidade, vai depender muito dos orientadores que tiverem. Porque se tu teve professores que eram mais ligados a área da clínica, tu vais sair dali orientado e preparado para a clínica privada.”

Os resultados da Pesquisa do Conselho Federal de Psicologia (dez, 2000) revelam que a Psicologia Clínica, realizada em consultórios particulares continua sendo a principal área de atuação da maioria dos profissionais: 54,9% dos casos. A Psicologia da Saúde e a Psicologia Organizacional vêm em segundo lugar, sendo exercidas igualmente por cerca de 12% dos entrevistados.

Sobre os modelos de atuação dos psicólogos, Spink (2003: 129-130) refere que:

Os psicólogos não constroem sozinhos seus modelos de atuação. Os limites de suas atuação são também socialmente estruturados em função das representações que os leigos têm da psicologia. É comum, por exemplo, ouvir dos psicólogos que trabalham em ambulatórios de saúde mental ou em postos de saúde que seus respectivos diretores ou chefes de equipe esperam deles uma atuação compatível com a identidade socioprofissional tradicional: uma atuação em nível intra-individual e com o instrumental tradicional do psicodiagnóstico/psicoterapia. E, lado a lado com as expectativas geradas em função da veiculação deste modelo, é comum o psicólogo ter de arcar com preconceitos e desconfiança face à atividade que desempenha.

As falas das integrantes do grupo mostram como as atividades do psicólogo são percebidas pelos gestores e demais profissionais da área da saúde:

“Porque a visão que as pessoas têm, muitas vezes, é aquela que o psicólogo está lá na salinha dele e que é lá que ele vai atender quem está com algum problema. Mas lá a gente tem dificuldade nesta questão com a equipe: de pode dar contribuição na resolução de uma situação que envolva outras pessoas da equipe. É mais fácil encaminharem lá para o atendimento, mas não numa situação discutir em conjunto e ver o que cada um pode fazer, de que maneiras se pode fazer. Exemplo disso é que outro dia eu estava numa comunidade onde fui ver uma pessoa e encontrei com a assistente social que foi retirar uma criança da casa do avô por ordem do Ministério Público e eu nem sabia que havia essa situação. E a Assistente Social estava nervosa porque aquele senhor desaforou todo mundo. Mas também ele não estava entendendo porque estavam levando o neto dele, se ele cuidava com carinho. Daí a gente foi levar a criança lá no lar transitório e, depois, com as conselheiras tutelares, a gente foi conversar com o avô. Então eu acho que a gente poderia discutir até outras formas de acolhimento e orientação para as pessoas. Mas isso não está se concretizando na equipe.”

“O problema lá é que os funcionários não se dispõem a ficar nem cinco minutos depois do horário e a Secretária não se dispõe a fechar cinco minutos antes. Tanto que a nossa reunião é uma hora depois que fechou o Posto e é uma hora extra. É porque, para o nosso gestor, reunião de equipe não é trabalho!”

“Pra nós já disseram isso! E questionam se a reunião tem que ter mesmo duas horas.”

“E no serviço público que se tem uma diversidade muito grande, pois se atende da criança ao idoso, população rural e urbana, enfim o pobre e o rico, como no nosso município onde a disponibilidade do

serviço é para toda a comunidade, então isso exige da gente também múltiplas formas de intervenção.”

Sobre o trabalho e o objeto de trabalho do psicólogo, Campos (1992: 51) afirma que:

Nós, da saúde mental, temos como instrumento de trabalho a fala, o discurso, a escuta. Nosso objeto de trabalho é o homem em suas relações: o conflito, e como elemento principal do trabalho em saúde mental estão a subjetividade, o entendimento e respeito pelas diferenças: o vínculo. Esta é a essência do que a formação profissional nos deveria proporcionar. Estas são coisas de nossa especialidade.

Essa percepção sobre o objeto de trabalho do psicólogo também aparece nas falas das participantes do grupo, principalmente quando comparam a relação do psicólogo e a do médico com o usuário, em que reforça a divisão dos papéis dentro da equipe, contribuindo para a manutenção de um modelo multidisciplinar de atenção à saúde. E ainda reforça o modelo médico hegemônico destacando a figura do médico dentro das equipes.

“Eu também acho que o médico não tenta usar outros instrumentos como a relação com o usuário. E o nosso instrumento é a relação. O que é facilitador é a relação que a gente consegue criar com o usuário do serviço. Se não tiver essas duas presenças, o cuidado não acontece. O médico prescreve uma medicação mesmo que o usuário não esteja presente. São papéis diferentes.”

“Mas eu acho que a classe médica não é comprometida como a gente, até pela cultura que já existe há séculos, não se pode mexer com médicos. A secretária, às vezes, diz: Nem vai falar com ele, não vai incomodar! Daí eu fico pensando que eu estou ali me desdobrando e ele senta lá na cadeira, dá uns canetaços e ninguém pode falar. Isso desmotiva a gente.”

“Lá é onde concentra o maior número de profissionais que nunca se reúnem. Os médicos, por exemplo, nunca estão em reunião nenhuma, são 14 médicos. Então o pessoal está se dando conta de que não está tendo espaço para falar e não está conseguindo reivindicar. Porque eu digo vamos falar com a Secretária, vamos pedir um espaço pra gente falar. “Ah! Não”, falam. “Vamos ver na próxima reunião”. Só que nunca muda. Os problemas não são tocados, todo mundo fez sua dinamicazinha, ela fica muito feliz e pronto.”

“Mas eu não consigo sentar com eles e discutir o plano terapêutico ou a medicação que foi prescrita e os efeitos na vida dos pacientes. Esse acesso eu não tenho, até porque eles não respeitam horário, às vezes chegam quando está terminando o expediente e os pacientes passam a manhã inteira esperando por eles, daí eles atendem correndo. O gestor, a equipe, e a população aceitam isso... E isso me revolta. Eu sei que estou inserida nisso e já fui falar com a secretária e me propus a ir falar com eles, mas ela disse: “Não, deixa assim”. Então eu não vou brigar por isso sozinha.”

Referindo-se à proposta das “práticas multiprofissionais” e às relações da equipe, Spink (2003: 59) critica o modelo médico hegemônico e afirma que:

As equipes reproduzem no seu interior as posições ocupadas pelas diversas profissões no campo da saúde como um todo. O indicador mais óbvio deste fenômeno e a posição subalterna das diferentes profissões face à profissão hegemônica: a medicina. (...) Frequentemente, portanto, as equipes multiprofissionais acabam por perpetuar a fragmentação do

atendimento prestado ao paciente, adotando uma divisão tácita de competências e práticas.

As falas das participantes do grupo mostram a forma como a equipe se coloca frente às práticas e na organização das ações de atenção à saúde:

“Os profissionais não se misturam. Tem que trabalhar em equipe, mas as pessoas não contam do seu trabalho”. “Isto é da minha área, eu cuido” dizem quando procuro trocar idéias sobre um paciente que eles estão atendendo. Agora estou tentando envolver/convidar as enfermeiras para um grupo de usuários de medicamentos antidepressivos e outro de gestantes, como estratégia para ir se aproximando e rompendo resistências.”

“Quando tocou nesse assunto da equipe multidisciplinar, a nossa equipe é bem multi. Cada um tenta fazer com que o paciente fique só consigo, mesmo que não dê conta de todas as necessidades da pessoa. Como é difícil trabalhar esta visão. Não posso entrar numa seara que não é a minha, não tenho conhecimento, e o conhecimento que eu tenho é meu e não vou dividir com ninguém, mas também encaminhar o paciente ou discutir a situação dele com os colegas parece que é perder o paciente.”

A falta de autonomia dos psicólogos e das equipes na tomada de decisões e na discussão das dificuldades que surgem no trabalho também está explicitada nas falas das participantes do grupo:

“A gente sente porque as nossas reuniões de equipe são semanais e a secretária não participa. Nós teoricamente temos uma autonomia porque nós não estamos na secretaria, estamos num outro lugar, lugar digamos que é só nosso, mas a interferência acontece pela nossa coordenadora. Os recados vêm por ela e quando a gente tenta marcar audiência com a secretária, não consegue.”

“O nosso secretário logo que assumiu também adotou essa estratégia da agenda fechada, porque ele estava chegando, não queria confrontar com algumas coisas e uma semana antes informava a agenda seguinte, fechada.”

“Sim, porque daí os problemas não aparecem.”

Além disso, entendemos que aos psicólogos e trabalhadores de saúde, além do vínculo e da atenção ao usuário que busca o serviço, caberiam outras funções como de gestão e planejamento das políticas de saúde, das quais eles geralmente se excluem. Essa é uma das críticas que já é feita à formação acadêmica e ao exercício profissional. Nesse sentido, Jacó-Vilela (1999:104) afirma que:

O viés predominante indica ser a atuação do psicólogo eminentemente técnica, tomando essa expressão a conotação de que se reconhece a atividade exercida como sendo tipicamente do psicólogo quando implica o manejo de técnicas psicológicas. Assim, funções executivas, de consultoria ou assessoramento não são reconhecidas como sendo exercício profissional da Psicologia.

Em função deste não reconhecimento pelo próprio profissional de que suas funções podem, e devem, extrapolar o campo dessas técnicas e do psicodiagnóstico, típico do paradigma da ciência positivista, onde está calcada a nossa formação, o psicólogo deixa de exercer funções que poderiam produzir efeitos positivos nas ações de saúde mental, por exemplo.

Segundo a autora (op. cit: 105)

É típico deste pensamento, por exemplo, o desinteresse – não absoluto, mas majoritário – da categoria por questões como o planejamento de políticas públicas de saúde e educação, o movimento antimanicomial, a questão da cidadania, etc., o que resulta na dificuldade comumente explicitada para trabalhos institucionais.

Nesse sentido, constatamos através do levantamento realizado com as participantes do grupo, que apenas duas já tiveram uma participação mais efetiva em Conselhos de Saúde e Conferências Municipais e/ou Estaduais de Saúde.

As práticas dos psicólogos e das equipes municipais de saúde ocorrem também na relação direta com o usuário dos serviços. Quem é esse usuário, na visão do psicólogo?

Um elemento importante na análise do trabalho do psicólogo é a visão que os profissionais têm dos usuários dos serviços, na medida em que através dela podemos refletir sobre a posição do profissional na relação psicólogo-usuário e sobre as concepções de saúde, doença, público, privado, individual coletivo que temos enfocado neste estudo.

As falas dos psicólogos que participaram do grupo, de maneira geral, se referem ao usuário dos serviços municipais de saúde como “que não sabe, que não entende, que não tem condições de discutir suas dificuldades; pais que não assumem suas responsabilidades com os filhos, com a escola (..) alguém que precisa ser consertado, orientado”.

Silva (1992: 32-33) afirma que

Os métodos e técnicas privilegiados na formação dos psicólogos têm sido pautados em valores sociais completamente diversos daqueles das populações que se apresentam às instituições públicas. Ao constatar essas diferenças, nota-se que existem duas direções na busca de soluções, quanto à clientela de baixa renda. Uma delas privilegia a busca de entendimento das características da clientela e do processo social da saúde e doença, pouco freqüente infelizmente.

Nesse sentido, percebe-se que existem entre as psicólogas do grupo algumas tentativas de olhar para os usuários a partir do contexto onde eles estão inseridos e também tentativas no sentido de romper como modelos preestabelecidos nas práticas. Essas tentativas são expressas em algumas falas, por exemplo:

“Acho que tem que ser assim: como a gente tem que ir mudando a relação de trabalho com os usuários, também romper com os modelos de trabalhar.”

“E a partir daquela experiência inicial é que eu fiz o trabalho com a EMATER num dos municípios onde eu estou trabalhando. Eu visitei todos os clubes de mães do município, explicando o papel do psicólogo na comunidade. Trabalhava também um pouco a importância da auto-estima para a saúde das pessoas e a importância dos relacionamentos afetivos dentro da família. Porque a comunidade lá recebe muito bem as pessoas, mas entre eles são muito pouco afetivos. E isso foi me aproximando da comunidade.”

“A gente sai da universidade com essa visão: do que eu quero atingir. Depois a gente se depara com uma realidade que não é o que eu quero que é o mais importante, ou é o certo, mas o que as pessoas estão precisando ou querendo lá no município onde vivem.”

“As necessidades dos usuários são outras, e quem tem que se adaptar a isso sou eu, e não eles. Elas não têm que se adaptar ao meu jeito de funcionar ou a minha visão de mundo. Eu é que tenho que conseguir me aproximar delas o suficiente para que elas confiem em mim, para que ela se coloque do jeito que ela é, que não se sinta constrangida porque ela nunca saiu dali.”

“Até a relação da doença orgânica com o sofrimento psíquico, as pessoas já tem mais informação, estão questionando mais.”

“Então chama irmã, chama vizinha e discute a realidade com eles, no próprio local onde eles vivem e isso não quer dizer que não vai dar resultados. E além disso vai “capacitando” as pessoas para lidar e resolver os seus conflitos. E até romper com aquela coisa: Ah vai lá no médico que ele tem a cura, tem a solução. E a pessoa? A pessoa, então, não vale nada? Ela só pode resolver os problemas dela com tal remédio ou se ela for na psicóloga? Então é ajudar a pessoa a construir junto as soluções para a sua vida.”

A outra direção, apontada por Silva (op.cit: 32-33) como freqüentemente encontrada na prática e até na literatura,

Diz respeito às explicações e à busca de técnicas que tomam por base a idéia de que a clientela, por incapacidade própria, não se beneficia dos métodos e técnicas tradicionais. (...) afirmam que essa população não tem capacidade para relatar “adequadamente” suas experiências, ou mesmo para entender explicações ou interpretações.

A autora (op.cit: 33) cita como exemplo um artigo do Jornal Brasileiro de Psiquiatria, editado em 1984, onde os autores propõem um “Esboço de uma Técnica de Atendimento para Pacientes Psiquiátricos de Baixa Renda”. Nesse artigo apresentam o que chamam de:

‘Uma técnica adaptada (...)’. Descrevem uma série de características que julgam pertinentes à população de baixa renda e propõem um “(...) atendimento ativo(..) intervencionista e prático” por julgarem que “o paciente de baixa renda freqüentemente não dispõe de capacidade e motivação para *insight*’.

Benilton Bezerra (1987:140) analisa essa postura dos profissionais psi considerando que:

A necessidade de estabelecer cânones científicos – portanto generalizantes e universais – para o estado da atividade psíquica humana, porém, pode às vezes servir de caminho a uma concepção abstrata, a-histórica do sujeito, como se todos os indivíduos se emocionassem, se afligissem e reagissem a

esses sentimentos da mesma maneira em todo lugar e em qualquer época.

Os relatos das psicólogas do grupo mostram como essa percepção dos usuários esta ainda presente nas equipes municipais de saúde:

“Isso que tu dizes: “Eu tenho que me ‘moldar’ e não os pacientes se moldarem a mim”, me faz lembrar que eu também vivenciei isso, porque a população que eu atendo também é muito pobre: residem na periferia do município ou são agricultores, e tem um mínimo de instrução. Nos primeiros atendimentos eu fui vendo que muitas pessoas não conseguiam entender o que eu queria dizer. Então tem que falar numa linguagem bem popular para poder ser entendida, ou então como tu vais ajudar essa pessoa? Como buscar um *insight*? Eu dizia: “vamos aprofundar essa questão” e a pessoa perguntava: - “Como assim? Nós vamos fazer prova?”

“Eu ainda não tive um paciente com condições de entendimento maior, de *insight*. Um ou outro tem uma compreensão um pouco melhor”.

“E acho que uma das primeiras coisas que eu descobri quando comecei a trabalhar foi que aquelas pessoas não têm *insight*”.

“Tem pessoas que não conseguem compreender o que se passa dentro delas. Elas só conseguem perceber que existe um mundo aqui fora. E eu acho isso muito complicado. Chega uma hora que eu tenho que deixar as teorias de lado e tentar intervir com essa pessoa no sentido de valorizar todas as frases que a pessoa diz para que ela consiga começar a se soltar... Foi o que eu primeiro aprendi”.

Na avaliação de Silva (1992: 33) a partir da desqualificação do usuário, baseada na concepção de universalidade que leva a uma percepção abstrata e a-histórica de sujeito,

É freqüente observarmos justificativas quanto às impossibilidades ou aos insucessos de trabalho com essa clientela, sem o questionamento de seu próprio modelo. Justifica-se a inadaptação ao modelo pela falta de capacidade de compreensão, de interesse e por fim pela incapacidade de beneficiar-se dos procedimentos oferecidos.

Dessa forma, observamos uma desqualificação dos modos de subjetivação da população usuária dos serviços e a ausência de questionamentos por parte dos profissionais psi sobre os modelos de atenção e os métodos e técnicas psi nas ações de saúde.

Silva (op.cit: 35) analisa essa questão afirmando que:

Existem problemas na formação profissional da psicologia que têm levado à manutenção de um modelo único de atuação; aliado a isso, há um despreparo para a apreensão dos contextos, seja o geral da saúde pública, seja os específicos das instituições, e ainda das características reais da população nestes atendida.

A fala de duas profissionais exemplificam como muitas vezes os usuários são vistos pelos profissionais psi:

“Cadê o envolvimento dos pais? Cadê eles dizendo: “Eu quero que o meu filho seja atendido”. Nada. Eles vão lá porque a professora mandou e porque a psicóloga quer atender. Eles não decidem nada.”

“E às vezes, o que eu sinto é isso: que a psicóloga está lá e aí os pais vêm e derramam aquele monte de queixas, os professores aquele monte de queixas. Está e daí: eu vou ter que consertar aquilo que durante anos vocês não contribuíram um pouquinho para prevenir? Como é que eu vou pegar e em uma hora ou 45 minutos, ou, às vezes, nem isso por semana, e impor limites para essa criança e mostrar como funcionam as coisas. E acho até que há uma crise na educação e falta de motivação para os professores para tornar a aula um pouco mais interessante e prender a atenção. Porque as crianças que chegam encaminhadas para mim, a maioria não tem problema nenhum de atenção, de concentração. Tem problema de atividade chata para fazer na sala de aula.”

O trabalho realmente tem contribuído para se repensar a formação e as práticas no SUS? Parece que ainda predomina forte desvalorização dos usuários e das funções que os profissionais exercem no Sistema.

3.3 O SUS E AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE : TEORIA E PRÁTICA

Os fundamentos do SUS foram estabelecidos com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que num marco histórico nacional, contou com cerca de quatro mil participantes, sendo mil como delegados votantes. Seu Relatório Geral resultou de discussões em plenário e em grupos de trabalho e consagrou a saúde como direito universal e como dever do Estado.

A Constituição Federal, de cinco de outubro de 1988, no título Ordem Social, no qual aborda a saúde, em seus artigos 196 a 200, cria um novo sistema público de saúde no país. Descreve no capítulo sobre Seguridade Social os preceitos jurídico-institucionais do SUS. Sob o lema *Saúde, direito de todos, dever do Estado* seus princípios podem ser assim resumidos: as necessidades básicas individuais e coletivas são consideradas de interesse público e seu atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso às ações e aos serviços de proteção, tratamento, reabilitação e defesa da saúde; esses serviços devem ser hierarquizados por parâmetros de cobertura de cuidados à saúde e a sua gestão descentralizada. Outro fator importante é a participação e controle social no processo, por meio da criação dos Conselhos de Saúde, com representação paritária, entre os representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (Lei Federal 8142/90).¹³

A saúde é municipalizada, sendo criadas e estruturadas as Secretarias Municipais de Saúde (que inclui a constituição de equipes de trabalhadores de saúde junto com os que já atuavam como funcionários públicos estaduais ou federais), os Conselhos Municipais de Saúde e os Fundos Municipais de Saúde. O município passa a gerir os recursos, repassados pelas demais esferas de governo, em uma política municipal de saúde articulada com o Estado e com a União.

¹³ Estas mudanças estão detalhadas na legislação do SUS. Aparecem na Lei 8.080, de 1990, sobre a organização dos serviços e sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e na Lei 8.142, também de 1990, sobre a participação comunitária e o financiamento do Sistema. Diversas portarias ministeriais vêm regulando o SUS, especialmente as que originaram as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993, 1996 e 2000. Também a ampliação e o aprofundamento das discussões que ocorreram na IX, na X, na XI e na XII Conferências Nacionais de Saúde trouxeram avanços para a implementação das políticas de saúde. Ver Legislação Federal e Estadual do SUS, Porto Alegre:SES/RS, 2000.

Como já havíamos afirmado, a VIII Conferência Nacional de Saúde apontou não só os fundamentos do SUS como também a concepção de saúde. Essa concepção define a saúde como resultado das condições e relativo aos modos de viver e de se organizar dos sujeitos, o que pressupõe participação na elaboração e implementação de políticas sociais.

A OMS propõe a saúde como o “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. Uma definição que aponta para uma experiência de saúde que não pode ser atingida: como garantir este equilíbrio ou estabilidade?

A análise das concepções de saúde colocadas pelas psicólogas mostra que algumas possuem mais clareza sobre as propostas do SUS e as concepções de saúde aprovadas na VIII Conferência. No entanto, são noções confusas, que circulam por diferentes conceitos e modos de trabalhar, onde predomina o modelo médico hegemônico.

Concordamos, com o que afirmam Ceccim e Bilibio (2002:163), que “há um consenso tácito, entre os observadores da Reforma Sanitária brasileira, de que a formação de recursos humanos para o setor é um dos mais graves problemas do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

A outra questão abordada no nosso estudo é a formação acadêmica do psicólogo, apontada pelas participantes do grupo como “centrada na clínica individual e muito distante da realidade e das demandas da atenção básica onde o profissional vai atuar”.

Os autores (op.cit:163) também apontam essa constatação:

A formação em saúde reproduz uma visão mais centrada nas técnicas biomédicas que nos valores da saúde coletiva. As aprendizagens relativas ao mais elevado acolhimento dos usuários nos serviços do SUS terminam substituídas pela reprodução de uma imagem dos serviços de saúde com tratamento impessoal e uma visão autoritária da educação em saúde (higienista).

Mas a exclusão dos estudos sobre o SUS dos currículos de graduação, não só dos psicólogos como dos demais cursos da área da saúde, parece ser a situação mais grave. Segundo Ceccim e Bilibio (op. cit: 163):

A concepção hospitalocêntrica, médico-centrada e procedimento-centrada (medicalizadora) da saúde ocupa um

espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica ou na imagem do trabalho em saúde.(...) A ênfase nos procedimentos supera amplamente o *pensar saúde*, constatando-se que os gestores e os formadores em saúde não têm gerado suficiente contato e aprendizado dos acadêmicos da área com o SUS e nem assegurado ao conhecimento em Saúde Coletiva a necessária familiaridade para que se componha com o núcleo de práticas de cada profissão. Trata-se de um paradoxo, no qual a realidade de saúde e os recursos fundamentais de atuação do SUS permanecem desconhecidos dos estudantes.

Essas constatações apontadas pelos autores também são observadas no nosso estudo através dos relatos das participantes. As questões tomam vulto, quando se percebe que a tendência é que, esse modelo de formação tende a se manter no que se refere às instituições de ensino superior. No entanto, “é nesse Sistema que os profissionais estarão majoritariamente desempenhando suas funções, bem como exercerão seu papel de lideranças técnico-científicas e gestoras do setor saúde”.(op.cit: 163-164)

Seguem os relatos sobre as concepções de saúde e sobre o SUS colhidos na forma de um pequeno questionário escrito, com o objetivo de identificar essas noções junto aos profissionais da saúde da região. Objetivamos, também, pensar não só nas práticas e na formação do psicólogo, mas na capacitação em saúde coletiva dos trabalhadores de saúde.

As noções de saúde colocadas pelas psicólogas do grupo expressam que, de maneira geral, elas entendem saúde como ausência de doenças e o serviço municipal de saúde como o lugar para tratar doentes carentes; saúde como responsabilidade do indivíduo. Algumas se referem à saúde como resultado das condições de vida, apontando moradia, trabalho e educação como fatores determinantes. No entanto, parece que essas idéias ainda não foram incorporadas às práticas, que continuam centradas no individual.

No levantamento realizado algumas questões referiam-se às noções de saúde: O que entendia por “saúde” quando começou a trabalhar no Serviço Municipal de Saúde? Esta concepção havia mudado desde então? Qual o conceito atual de saúde?

Apresentamos algumas das concepções de saúde colocadas pelas psicólogas:

“Entendia saúde como o bem estar físico e mental, buscando-se alcançar qualidade de vida. Para que isso aconteça é importante o relacionamento interpessoal, condições de higiene e moradia entre outros fatores que incluem uma busca de qualidade de vida. Esta é a concepção de saúde que também tenho atualmente.”

“Sempre acreditei mais na prevenção do que na ‘cura’ da doença e na importância do atendimento integral do sujeito e da equipe transdisciplinar. O trabalho nestes anos” confirmou aquilo que eu já pensava.”

Nesse levantamento também procuramos identificar o que as psicólogas conheciam sobre o SUS ao iniciar suas atividades e atualmente como integrantes das equipes municipais de saúde. As questões apresentadas foram: Ao iniciar suas atividades no Serviço Municipal de Saúde, o que conhecia sobre a proposta do SUS e seus princípios? E hoje, o que conhece?

As respostas mostram que a maioria não conhecia a proposta do SUS e os seus princípios quando ingressou no serviço público municipal. E segue tendo pouca clareza sobre o tema. Apresentamos algumas das respostas:

“Eu não conhecia a proposta e os princípios do SUS quando iniciei meu trabalho no Serviço Municipal de Saúde e confesso que neste último ano é que realmente comecei a me interessar e ler um pouco mais sobre o SUS. O principal para mim é atendimento gratuito com boa qualidade e direito do cidadão.”

“Sim, já conhecia os princípios e a proposta dos SUS quando iniciei no município. Já li a lei 8080 e os princípios universalidade, integralidade, igualdade e gratuidade.”

“Conhecia muito pouco sobre a proposta e os princípios do SUS quando iniciei meu trabalho como psicóloga no Serviço Municipal de Saúde. Hoje conheço um pouco mais: a universalidade, integralidade e gratuidade.”

“Conhecia “pouca coisa” sobre as propostas e princípios do SUS quando iniciou seu trabalho no Município. Concluída a graduação busquei uma especialização onde tivemos cadeiras específicas sobre saúde pública. Hoje conheço “um pouco mais” sobre o SUS: a saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos; o atendimento básico aos usuários. Tenho necessidade de buscar mais.”

“Não conhecia a proposta e os princípios do SUS. Hoje conheço a universalidade, acesso a todos; equidade, igualdade de tratamento; gratuidade, direito de todos e integralidade, assistência integral (promoção, proteção, tratamento, reabilitação)”.

“Conhecia a proposta e os princípios do SUS “em parte”. Algumas coisas já havia buscado, mas nada me foi colocado na contratação. Talvez o gestor também não conheça bem. Atualmente conheço “mais ou menos”: o SUS (atenção básica) se propõe a dar uma atenção integral à saúde, tanto física quanto mental, porém percebe-se que não é o que ocorre na maior parte dos municípios, Estados e País.”

Estes relatos sugerem também que o processo seletivo para a contratação de trabalhadores de saúde realizado pelos gestores municipais de saúde é realizado priorizando o conhecimento técnico, não avaliando o conhecimento e a experiência no campo da saúde coletiva. Como esperar que profissionais/trabalhadores de saúde implementem ações de saúde voltadas para a atenção integral, respeitando os princípios e diretrizes do SUS se eles não conhecem esta proposta? Cabe

questionar também se os gestores conhecem e entendem a proposta do Sistema Único de Saúde? E se não conhecem, quais os critérios de seleção têm sido utilizados para a contratação dos profissionais?

Na discussão do grupo em que elas comentavam como se sentiram ao responder essas questões, uma das falas mostra que percebem a necessidade de rever suas práticas a partir das propostas do SUS, uma vez que até o momento elas estão “desvinculadas” destas propostas.

“Quais são os princípios do SUS? E qual o meu papel nisso tudo? Quais são as minhas idéias e isso tem que nortear um pouco a gente. Porque todo mundo tem um conceito, talvez ele não esteja assim elaboradinho, redondinho, mas tu tens uma idéia. E foi importante para me dar conta de que eu tenho que organizar isso.”

As respostas nos mostram que a maioria não conhecia a proposta do SUS e os seus princípios e segue tendo pouca clareza sobre eles. E isso confirma o que já tínhamos como hipótese: que a maioria dos trabalhadores de saúde ingressa nos serviços e desenvolve suas práticas desconhecendo e/ou deixando em segundo plano as diretrizes, princípios e conceitos que norteiam o Sistema Único de Saúde. Neste sentido, questionamos: Como trabalhar no sentido de implementar e defender práticas direcionadas a uma proposta que não se conhece? E por que os trabalhadores de saúde não estão buscando se apropriar deste saber? Porque não é importante? Por que é só um serviço de atendimento para carentes? E as que conhecem um pouco mais também tem pouca participação: pouca autonomia na proposição de mudanças.

3.4 A PSICOLOGIA E OS PSICÓLOGOS: IDENTIDADES POSSÍVEIS

A questão: Quem é o psicólogo? Ou ainda: Quem é o psicólogo do SUS? atravessou muitos momentos do grupo de pesquisa e determinou vários momentos de silêncio entre as participantes na busca de uma ou mais respostas, a partir de ‘modelos’ aprendidos na graduação e nas práticas profissionais.

Benevides de Barros (1995: 6-7) ao criticar a busca de identidade do psicólogo, pergunta:

Qual é a identidade do psicólogo? O que o define e o diferencia dos demais profissionais? Que profissional os cursos de psicologia formam? Tais perguntas parecem ser as norteadoras nas decisões tomadas por professores dos cursos de Psicologia, dos Conselhos de Psicologia... No início e no fim o que aparece é a identidade do psicólogo – uma espécie de máscara a ser vestida por todos aqueles que pretendem competir no mercado.

Propondo uma compreensão mais específica da dinâmica da cultura e identidades profissionais, Vasconcelos (2002: 117) afirma que:

As categorias e grupos profissionais constroem identidades que, como as outras formas de identidade social relativamente compactas, “filtram” os estímulos que recebem do ambiente, estabelecem os rituais de verdade e padrões de competência, organizam os dispositivos de ação e, dessa forma, dão segurança e *status* aos profissionais. A emergência histórica de novos paradigmas é geralmente percebida de início pelos profissionais como uma quebra nessa segurança, como uma exposição à fragilidade e ao confronto com as limitações da identidade já estabelecida, e às situações de “não saber” e “não saber fazer”, ameaçando a estabilidade, o status adquirido e os interesses econômicos, políticos e institucionais envolvidos. Assim, a tendência mais imediata e freqüente é de se criarem defesas muito fortes à mudança.

As falas registradas nos encontros do grupo mostram como essa questão da identidade ainda mobiliza os psicólogos, que se mostram o tempo todo em conflito diante de “um modelo idealizado e aprendido” na graduação sobre os modos de viver e de trabalhar como psicólogo e, por outro lado, a experiência no SUS se contrapondo a este modelo e exigindo outros modos de “fazer psicologia”:

“A gente já falou muito também na neutralidade. Eu acho que esse conceito acaba sendo levado muito ao pé da letra. Dá uma idéia assim de que a gente é uma estátua, que fala só as coisas certas, no momento exato e andar de preferência uniformizadas: todas de “taier” e echarpe. Assim, “fantasiadas” de psicóloga. Às vezes, eu digo para minha mãe: “Ah isso não é roupa de psicóloga!” E ela me questiona: “Mas o que é roupa de psicóloga?” - “Ah, mais séria, mais comportada”. Que

absurdo isso, mas a gente faz. Daí, eu me pergunto: Por que eu não posso atender um paciente com um decote nas costas? A gente fica se cobrindo num perfil que não chame atenção, que não exista, que seja assim uma estátua mesmo.”

“Vocês não imaginam a expressão das pessoas quando eu cheguei no município. Eles me olhavam e diziam: “Tu?!! Novinha desse jeito, psicóloga?” Eles me imaginavam eu acho gorda, com uns óculos do tipo fundo de garrafa, séria, muito séria. E eu não me imagino séria, independente da profissão que eu tiver. Daí eu morro. Eu não consigo ficar naquela pose o dia inteiro. Sabe aquela coisa que foi ensinada na faculdade de se manter meio distante? Não dá. Eu cumprimento todo mundo, quem eu conheço, quem eu não conheço. É o meu jeito. Até porque, nesses municípios pequenos, se tu não tiver uma postura mais aberta com as pessoas, não tem como trabalhar e morar lá.”

“É essa coisa de não se mostrar que está mal, ou que não está satisfeito, é uma coisa complicada, principalmente pra gente que está no interior. Acho que é mais forte aqui: a gente tem que ter um comportamento exemplar. As pessoas esperam isso da gente e se a gente fica tentando corresponder a isso piora e reforça essa idéia, esse preconceito.”

“E tem outra coisa que se ouve muito no curso: ser bom profissional e pra ganhar dinheiro tem que ser um psicólogo clínico, trabalhando em um bom consultório e cobrar R\$ 100,00 à consulta. Aí, depois de passar toda essa ideologia, os professores chegam e dizem: “Ah pessoal, não pensem que é fácil ganhar dinheiro com consultório: é difícil, é complicado!”

“Por isso que eu digo que isso depende, também, muito do jeito de cada um e da orientação que lhe é dada na faculdade. E eu acredito que esse profissional que fica só lá fechado na sua sala esperando os pacientes não vai mais ter espaço pra ele, as pessoas não vão mais estar procurando por ele no consultório. Os relatos dos pacientes têm me mostrado que as pessoas buscam alguém que interage com eles. Vários têm trazido assim: “Ah, eu já fui em outra psicóloga, mas eu não gostei e desisti porque eu ia lá, falava um monte de coisas, e ela só ficava me olhando, não me falava nada, não interagia comigo, depois se me encontrava na rua não me cumprimentava”. Então, acho que tem que se construir uma outra identidade para o psicólogo.”

“Será que não teríamos que ter um perfil profissional, usar avaliação? Por que faxineiro tem seleção, tem que ter perfil, e psicólogo, médico e outros não?”

“Mas qual perfil? Quem vai definir? Quais os critérios? Eu mesma fui reprovada num teste para entrar no curso de Psicologia e no outro não.”

“Eu acho que isso é fundamental. A gente não pode ficar amarrada a uma única forma de trabalhar como se fosse uma verdade absoluta. A gente tem todo um referencial teórico, mas tem que também estar atento para o que está acontecendo no mundo.”

A inserção do psicólogo nos serviços de saúde tem se mostrado nos diferentes estudos já realizados (Campos, 1992; M.J. SpinK, 1992; 2003 entre outros) como experiência problemática. Tanto por questões externas, como por falta de recursos, quanto pela ausência de modelos de atuação, o que se relaciona também com os modelos adotados na formação acadêmica mais voltada ao modelo clínico hegemônico. Esses conflitos aparecem em vários momentos do grupo com as psicólogas. Uma das participantes do grupo coloca:

“Nós saímos da faculdade com todo o preparo prioritário para a clínica individual. Aí a gente se dá conta que o campo de trabalho está mais aberto para trabalhar nas políticas públicas, como educação ou saúde. E daí eu vou, porque afinal eu quero trabalhar, eu preciso trabalhar, porque é para isso que eu me formei, eu quero ser psicóloga. E eu me dou conta de que muitos dos conhecimentos que eu tenho não cabem ali, eles não me ajudam a fazer um trabalho eficiente e eficaz. Eu não consigo ser resolutiva com estes instrumentos, mas mesmo assim eu faço o que eu sei fazer, que é a clínica individual, mesmo sem a sala adequada, as pessoas não têm *insight*... Eu faço isso.”

“Eu insisto com o sentimento de insegurança da categoria de se expor, é o medo de se colocar, de ser questionado, ter que assumir uma posição diferente daquela que é “padrão” na categoria.”

As falas dos psicólogos nos encontros do grupo evidenciam também as suas dificuldades em se perceber como trabalhadores da saúde e qual o seu espaço dentro das equipes municipais de saúde.

“As dificuldades que o psicólogo encontra também era uma das perguntas e eu pensei um pouco sobre isso e acho que a gente acaba assumindo uma postura um pouco maternal ou paternal e chega um momento em que todos acabam esperando de ti uma solução mágica. Eu acho que essa é uma dificuldade: de conseguir mostrar para o usuário: “Olha eu estou aqui para te escutar, te orientar, mas a solução vai vir de ti. Eu não posso atender todos o tempo todo”. Eu sinto um pouco isso: que, às vezes, tu acaba sendo cobrado de uma coisa que não é a tua função também. Pessoas chegam lá para se aconselhar, de repente uma visão diferente do que é a Psicologia. Parece que teria que se entender melhor qual é o meu papel lá dentro e o povo não está acostumado a isso: a entender que ele não vai à psicóloga para que todos os problemas se resolvam, e sim para ser ajudado a resolver o próprio problema. E todo mundo é assim: eu sinto isso do Conselho Tutelar, sinto isso da secretária da saúde, dos usuários mesmo, dos colegas mesmo. Então, talvez a gente acabe abraçando coisas demais.”

A psicóloga de um outro município, que trabalha com a equipe do Programa de Saúde da Família, acrescenta:

“Foi boa essa tua colocação porque eu nunca tinha me tocado com isso e eu pude olhar para o que eu sinto lá. Nunca senti essa coisa maternal. E, aí, eu fiquei pensando sobre uma coisa que escrevi sobre o trabalho que falava sobre o paternalismo do município e eu fiquei me perguntando agora se isso não seria essa coisa do serviço público em geral. Lá no município tem muito essa prática de dá um lanche, dá dinheiro, dá passagem de ônibus, dá aquilo. Eu sou aquela que cutuca um pouco essas coisas”.

Referindo-se ao campo da Psicologia, Figueiredo (1995: 23) afirma que “o campo próprio das psicologias é o que, do ponto de vista epistemológico, teria o estatuto de *deje*to do expurgo operado pelo método no processo de constituição de um sujeito purificado”. Sobre essa questão o autor comenta na nota de rodapé:

Sou também levado a pensar que aos psicólogos cabem os *dejetos* quando reflito não mais a partir de considerações culturais mais amplas, mas a partir dos lugares que são assignados aos psicólogos em muitos ambientes físicos e em muitos espaços imaginários. É interessante ver, por exemplo, como a *ordem médica*, a *ordem escolar* e a *ordem do trabalho* geram elas mesmas um ‘lixo’ que é encaminhado ao psicólogo para uma eventual ‘reciclagem’.

As psicólogas que integraram o grupo de pesquisa em vários momentos expressaram esse sentimento e essa percepção que elas acreditam existe nas equipes de saúde das unidades básicas. Alguns exemplos destas falas:

“Eu me sinto muitas vezes como um “depósito” e acho que é essa a visão que os gestores e também outros colegas e pessoas da comunidade pensam: tudo o que eles não conseguem ou não sabem como resolver, eles mandam para a psicóloga. É assim com o Conselho Tutelar, as escolas e os professores, a secretária da saúde, os médicos também, quando me encaminham alguém é porque eles já medicaram, já atenderam e não estão conseguindo resolver nem estão querendo continuar atendendo essa pessoa, passa a ser o meu problema.”

“A maioria do meu trabalho é meio como padre: é mais aconselhamento. Por exemplo, o paciente diz: “Eu vim aqui conversar contigo porque eu vou colocar um processo contra a empresa onde eu trabalhava. O que tu achas?” Daí, às vezes, eu me assusto: meu Deus, mas não é esse o meu papel.

É claro que eu dou a resposta como muita gente daria, e eu estou ajudando a pessoa a resolver o conflito, a encontrar a resposta dentro dela. A pessoa sai dali melhor, eu não estou fazendo tão errado, mas não estou fazendo aquilo que é proposto no curso.”

Nas falas das psicólogas do grupo há a percepção de que a formação acadêmica está longe de contribuir com uma inserção inovadora e mais coerente com as demandas sociais e com o SUS, mas há também incertezas e dúvidas diante da mudança, da invenção. Como afirma Cecília Coimbra (2003:244), “aprendemos a caminhar neste mundo guiados por modelos. Estes nos dizem o que fazer e como fazer, ocultando sempre o para que fazer”. Essa tem sido a trajetória das práticas de grande parte dos profissionais psi ao longo da história. Daí a angústia diante da possibilidade de ruptura com os velhos modelos.

“Eu estava pensando na pergunta: “Quem é o psicólogo?”, a colega falou uma coisa que me tocou mesmo quando ela diz assim: “Tem que ser alguém apaixonado, que faz com a alma, com o coração”.

“Mas tem uma outra coisa que eu queria trazer que é a nossa auto-estima. Como a gente se coloca também, às vezes, nesses espaços médicos, nesses espaços da saúde. Eu estou falando da categoria psicólogo. Eu acho que, às vezes, a gente se coloca à margem. E quando a gente se coloca à margem, a gente fica à margem.”

“É uma discussão coletiva, mas a transformação é de cada trabalhador e de cada serviço”.

“Essa coisa do coletivo é que é o problema. Acho que nós temos muita dificuldade de nos colocar no coletivo. Olha só o que foi o começo do Fórum hoje? O que foi a agonia do silêncio do começo da reunião do Fórum hoje? Angústia muito isso porque, se a gente não pode se mostrar minimamente, então como pensar coletivamente? Os profissionais ficaram calados, pareciam encurralados pela presença dos usuários. Eu acho que a gente precisa se arriscar, porque eu acho que se mostrar é um risco. E isso me lembra também o que a gente falava no início, de que as pessoas não nos chamam para algumas coisas: de um lado porque a gente, às vezes, tem esse papel de bom cutucador, e isso gera inquietação que nem todos querem; e, de outro lado por que nós não vamos buscar esses lugares até de problematizador? Porque para isso nós temos que enfrentar muitas coisas que, às vezes, a gente não está se sentido capaz de bancar isso, se expor.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nosso estudo apontou a preponderância do modelo médico hegemônico nas práticas e na formação acadêmica em Psicologia. A exemplo de outros estudos já realizados sobre a formação acadêmica e as práticas dos psicólogos nas equipes de saúde, muitos psicólogos ainda são formados por cursos de graduação que seguem o modelo médico hegemônico enfatizando a clínica individual e privada, o psicodiagnóstico, o ajustamento dos desajustados, a seleção de acordo com os “perfis” que atendem as necessidades apontadas pela sociedade capitalista.

Começamos buscando recortes da história da Psicologia e das suas interfaces com a saúde, para entender as práticas dos psicólogos neste campo. Passamos, então, a analisar como os pressupostos e concepções teóricas operam nas práticas profissionais, na medida em que a Psicologia é uma profissão que se exerce pela formação acadêmica. Também as práticas profissionais implicam nas concepções de sujeito como históricos ou não (políticos, ou não), pois se o psicólogo percebe o seu pobre paciente como alguém que não tem nada para lhe dar, ele vai ser o pobre paciente que não tem nada para ensinar. E essa percepção faz com que a relação com o usuário desvalorizado, seja diferente daquela com um usuário que o profissional acredita que tenha coisas a lhe dar/ensinar. Essa formação opera o tempo todo conformando as práticas, a partir da matriz com a qual o profissional melhor se identifica.

E a formação acadêmica em Psicologia, assim como dos demais cursos da área da saúde, no geral, desconsideram as necessidades dos serviços e ações do SUS. Uma das características fortes dos cursos é a forte cisão epistemológica. As falas das participantes apontam para isso em diversos momentos. Os estudos sobre o SUS e a saúde coletiva ainda são vistos como algo desqualificado. Para os *carentes*, como se referem muitos gestores (e entre eles, muitos desconhecem a administração do Sistema) e trabalhadores municipais de saúde. Nesse sentido, dentro da ótica mercantilista, por que investir em quem não dá retorno econômico?

Embora se identifiquem movimentos de participação e de inserção dos profissionais nas políticas sociais, como a saúde e a saúde mental, é ainda tímida essa participação, principalmente no que se refere a atividades de planejamento, gestão e proposição de políticas. É significativo o aumento do número de publicações e estudos, colocando a Psicologia no âmbito das discussões mais comprometidas com os movimentos sociais e as questões econômicas, políticas e sociais do País. A Psicologia Social tem se destacado neste movimento de produção de novos saberes e práticas. No entanto, os autores são unânimes em apontar que esse movimento de aproximação ainda parte, principalmente, das entidades representativas da categoria do que propriamente partindo dos psicólogos de forma individual, salvo as exceções, que, felizmente, existem.

Analisando as práticas dos psicólogos nos serviços municipais de saúde, a partir das falas das psicólogas que integraram o grupo, percebemos que elas ocorrem de forma quase sempre solitária, com pouca participação de outros profissionais e seguindo métodos e técnicas da clínica tradicional. As profissionais relatam que tiveram orientações muito superficiais sobre o trabalho em atenção básica, por isso reproduzem as técnicas que conhecem, mesmo quando as características da situação exigem outros modos de enfrentamento. Aparece também nas falas a postura dos gestores interferindo e barrando muitas vezes a autonomia das psicólogas e também de outros trabalhadores da saúde, no planejamento e execução de atividades que rompem com o tradicional “atendimento individual”.

A relação com a equipe no geral é distante, prevalecendo a execução de atividades de forma individualizada, com poucas ou raras oportunidades de discussão sobre as ações que desenvolvem, a organização do serviço de saúde ou a elaboração conjunta do plano de tratamento para algum usuário. Mais incomum ainda são os encontros para planejamento e avaliação das ações: Como está repercutindo o nosso trabalho? Com quem estamos comprometidos? Que efeitos nosso trabalho tem produzido?

Essa constatação confirma que o psicólogo que está nas equipes de saúde das unidades básicas, geralmente, trabalha sozinho e não se reconhece em atividades que não foram instituídas na formação acadêmica tradicional. Através das falas percebemos vários movimentos, tentativas de ruptura com a técnica, com o

modelo. Por exemplo, nos municípios onde atuam junto com as equipes do Programa de Saúde da Família: este poderia ser um espaço para implementar outras práticas, mas, quando acontecem, são tentativas restritas e muitas vezes não se consolidam como práticas. Entre outras razões, entendemos que a situação se mantém devido aos modelos apreendidos na formação acadêmica, pelas pressões impostas aos psicólogos pelos demais trabalhadores de saúde e/ou mesmo pelos gestores de saúde. Também pela insegurança que os profissionais revelam de ousar, quebrar, romper com o que está instituído.

O currículo do curso, desde a sua criação (há 41 anos), não sofreu revisões e a legislação proposta e/ou defendida pelo Conselho Federal de Psicologia e pelos Conselhos Regionais tem contribuído para manter esses modelos de formar e trabalhar na Psicologia. Exemplo dessa questão é a inclusão do título de especialista originado das “especialidades” na Psicologia, aliás, a exemplo da medicina que segue ditando modelos e prescrevendo condutas, inclusive para as profissões da área da saúde. Consideramos essa adesão um retrocesso, um movimento contrário ao que vem sendo proposto, no sentido de romper com modelos de formação acadêmica e de gestão que contribuem com a manutenção da política neoliberal, ávida por promover mais desigualdades.

E temos ainda o debate sobre as Novas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação, prestes a serem aprovadas, que, embora reconhecendo nossa ignorância e incompetência no momento para avaliar com mais propriedade, entendemos que aponta avanços superficiais, tendendo a manter o modelo atual de formação. Deve ser aprovada com a “novidade” das ênfases nos cursos, que devem priorizar o desenvolvimento de “competências”. Podemos perguntar: Competências para quê? E para quem? Como afirma Cecília Coimbra (2003, p. 244) “os discursos/práticas ‘competentes’, enunciados por especialistas, forjam a todo momento modelos onde estão as ‘verdades’: o bom cidadão, o bom pai, o bom filho, o bom aluno, etc”.

Estes apontamentos não comportam a complexidade que envolve a inserção dos psicólogos nas equipes municipais de saúde, mas na nossa avaliação, neste momento, as mudanças que queremos têm que ser construídas coletivamente, através dos movimentos sociais, junto com os trabalhadores de saúde, os estudantes, os usuários e de forma continuada, remando contra a maré. A

ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) têm dado grande contribuição no debate e na produção de novos saberes, e já existem inúmeros movimentos que têm produzido mudanças significativas nos modos de “fazer saúde”, através de práticas inovadoras e criativas. Como, por exemplo, pensar a saúde mental, através dos Fóruns, Conferências e da criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

A Escola de Saúde Pública (SES/RS) realizou em 2002 várias ações apoiada pelos NURESCs (Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva; existe um em cada uma das dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde), e pelo Pólo Estadual de Saúde Coletiva (que inclui os representantes das Instituições de Ensino Superior), como o VER-SUS, só para citar alguns espaços que podem dar continuidade ao processo de capacitação em saúde coletiva de estudantes e trabalhadores de saúde¹⁴. Estes espaços foram criados justamente pela ausência de outros que possibilitassem a trabalhadores de saúde e estudantes dos cursos de graduação do campo da saúde qualificação básica para integrarem-se às propostas do SUS e para atender a necessidades na formação, função que as instituições de ensino não estão assumindo e respondendo.

Outro espaço, o da discussão supervisionada, entendida como “avaliação da prática profissional e processo permanente de formação”, pode ser instrumento fundamental na transformação dos sistemas públicos e mudança da qualidade de serviços. (Campos, 1992, p.55). Ou seja, passar a discutir e analisar de forma crítica as práticas e seus efeitos com a equipe, tendo o trabalho como espaço e como possibilidade de continuidade da formação dos trabalhadores de saúde.

A realização dos encontros com o grupo, além de possibilitar a realização deste estudo, produziu mudanças na postura dos seus integrantes, que se permitiram problematizar sua formação e suas práticas e pensar outros espaços e outros modos de interação para a psicologia com o campo da saúde coletiva. Os encontros do grupo serão mantidos e abertos para a participação de outros

¹⁴ Para mais detalhes sobre essas experiências ver CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. *Gestão da Educação em Saúde Coletiva e Gestão do Sistema Único de Saúde*, 2002: 143-161 e CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. (op. cit.: 163-177) In: FERLA, A A ; FAGUNDES, S.M.S. (org.) *Tempo de Inovações: a experiência da gestão da saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa Editora, 2002.

trabalhadores do campo da saúde que tenham interesse na discussão das questões da saúde coletiva.

São muitas provocações que nos estimulam a inventar e ousar outros modos de fazer saúde, rompendo com modelos assistencialistas e preventivistas. A proposta da saúde coletiva, do ponto de vista do saber, a partir de um enfoque transdisciplinar, e das práticas em saúde, tem se mostrado como uma possibilidade, uma vez que ela propõe mudanças no modo de organização dos processos de trabalho em saúde enfatizando a promoção da saúde, a prevenção de situações de risco, a reorganização da assistência, a qualidade de vida, priorizando mudanças nos modos de viver e de se relacionar entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população. (ISC – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia)

Enfim, não temos respostas nem receitas, mas temos indicativos de que não podemos esperar que as mudanças aconteçam partindo apenas das entidades representativas da categoria ou das instituições de ensino superior, elas têm que acontecer também nos serviços, nas equipes municipais de saúde, junto com os usuários, gestores, docentes e estudantes.

Acreditamos que o nosso estudo aponta que existem diversos aspectos a serem considerados para que se encontrem saídas ou entradas para as mudanças no sentido de qualificar os serviços municipais de saúde e as ações de saúde coletiva. Consideramos que elas dependem da qualificação da gestão pública; da implementação das ações dos trabalhadores de saúde de forma mais comprometida: uma participação mais efetiva desde o planejamento, a execução e a avaliação dos resultados produzidos pelas ações da equipe, respeitando o contexto socioeconômico e cultural; pela capacitação e maior comprometimento dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviço através dos dispositivos de controle social; e ainda, no plano da formação, pela avaliação e reformulação dos currículos dos cursos de formação de trabalhadores de saúde, considerando as demandas para a implementação de ações de saúde coletiva, com enfoque transdisciplinar.

Paraphraseando Antônio Machado: “Caminhante, não há caminho. O caminho se faz ao andar”. Mas Geraldo Vandré lembra; “Quem sabe faz a Hora, Não espera acontecer... (trecho da música: “Pra não dizer que não falei das flores”)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERY, A. A. Psicologia na comunidade. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (org.) *Psicologia Social. O homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

ARENHARDT, A ; CATTOI, E.; SALDANHA, O L. Cartografando a Saúde Mental na Região do Vale do Taquari In: FERLA, A.A. e FAGUNDES, S. M S. (org.). *O fazer em Saúde Coletiva: Inovações da Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.143-155.

BENEVIDES DE BARROS, R. D. *A Formação dos psi: algumas questões sobre a ética*. Revista do Departamento de Psicologia – UFF, V. – nº 2 e 3, p. 4-9. 1995.

_____. *Dispositivos em ação: o grupo*. In: Lancetti, A (Dir.) *SaúdeLoucura:Subjetividade*, nº 6. São Paulo: HUCITEC. 1997. p. 183-191.

BERNARDES, J. DE S. *O debate atual sobre a formação em Psicologia no Brasil*-Análise de documentos de domínio público. Porto Alegre, p.1-8, 2004. No prelo

_____. Jefferson Bernardes: depoimento. [jan. 2004] Entrevistadora: Olinda M.L. Saldanha. Porto Alegre: Ppgpsi, 2004. Entrevista concedida para realização do estudo.

BEZERRA Jr, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N.R. (org.) *Cidadania e loucura*. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1987.

BIANCO, A. C. et.al.. Concepções e atividades emergentes da Psicologia Clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, R. (coord. geral) *Psicólogo brasileiro:práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994. p.17-100.

BOCK. A. M.B. História da organização dos psicólogos e a concepção do fenômeno psicológico. In: JACÓ-VILELA, A,M.; CEREZZO, A. C., RODRIGUES, H.B.C. (org) *Clio Psyché Hoje. Fazeres e Dizeres Psi na História do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará – FAPERJ, 2001. p.25-48

_____. *Psicologia e sua Ideologia: 40 anos de compromisso com as elites*. In: BOCK, A M.B. (org.) *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2003. p. 15-28

CAMPOS, F.C.B. O lugar da saúde mental na saúde. In: CAMPOS, F.C.B. (org.) *Psicologia e Saúde: Repensando Práticas*. São Paulo: Hucitec.,1992. p.47-57

CAMPOS, G. W. de S. *Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CARVALHO, A. I. (coord. geral) *Gestão em saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde – Programa de Educação à Distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB, 1998.

CASTEL, R. Introdução. In: _____ *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F.S. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, A; FAGUNDES, S.M.S. (org.) *Tempo de Inovações: A experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002. (Coleção Escola de Gestão)

CFP. Pesquisa feita junto aos associados do Conselho Federal de Psicologia-Relatório final. Relatório on-line. Disponível em:http://www.pol.org.br/arq/pdf/relatório_who.doc. Acesso em janeiro de 2004.

COIMBRA, M.C.B. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. In: JACÓ-VILELA, A M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H.B. C.(org.)In: *Clio-Psyché:história da psicologia no Brasil*. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999. p.75-91

_____. Historicizando a relação entre Psicologia e Direitos Humanos no Brasil.In: JACÓ-VILELA, A M.; CEREMZO, A C.: RODRIGUES, H de B. C.(org.) *Clio-Psyché Paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2003. p. 235-246.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL- TÍTULO VIII –DA ORDEM SOCIAL CAPÍTULO II- da seguridade social seção I – disposições gerais – art. 194 e 195 In: *Legislação federal e estadual do SUS*. Out. 2000. SES/RS, p. 14 –15.

ESCH,C.F.; JACÓ-VILELA, A M. A regulamentação da profissão de psicólogo e os seus currículos de formação psi. In: JACÓ-VILELA, A M.; CEREMZO, A C.; RODRIGUES, H. DE B. C.(org) *Clio Psyché hoje*. Fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará – FAPERJ, 2001. p. 17-24

FAGUNDES, S. Saúde Mental Coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. *Saúde Mental Coletiva*, Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental/Universidade da Região da Campanha (URCAMP) 1 (1), p.41-45, dez.1992

FERLA, A A; FAGUNDES, S.M.S.(org.) *O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002 – (Coleção Escola de Gestão)

FIGUEIREDO, L.C.M. *Revisitando as psicologias*. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. *A Invenção do Psicológico; Quatro Séculos de Subjetivação, 1500-1900*. São Paulo: Educ/Escola, 1999.

_____. (1ªed. 1991) *Matrizes do Pensamento Psicológico*. Petrópolis, RJ: Vozes, 8ª edição, 2000.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Tradução e organização de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. In: Foucault, M. *Estética, Ética e Hermenêutica*. Introdução, tradução e edição de Angel Gabilondo. Barcelona: Paidós, 1999.

FREITAS, M.F.Q. *Contribuições da psicologia social e psicologia política ao desenvolvimento da psicologia social comunitária*. Psicologia & Sociedade; jan./jun.1996

JACÓ-VILELA, Ana M. Análise inicial da Produção Escrita em Psicologia no Brasil. In: JACÓ-VILELA, A.M.; MANCEBO, D. (org.) *Psicologia Social: Abordagens Sócio-Históricas e Desafios Contemporâneos*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1999.

JACÓ-VILELA, A M.; CEREZZO, A C.; RODRIGUES, H. DE B. C.(org) *Clio Psyché ontem*. Fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará – FAPERJ, 2001a.

_____. *Clio Psyché hoje*. Fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará – FAPERJ, 2001b.

_____. *Clio Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Rio de Janeiro:Relume Dumará:FAPERJ, 2003.

KASTRUP, V. A psicologia na rede e os novos intercessores. In: FONSECA, T. G.; FRANCISCO, D. J. (org.) *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*.Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000. p.13-26

LANE, S.T.M. Histórico e fundamento da Psicologia Comunitária no Brasil. In: CAMPOS, R. H. F. (org) *psicologia Social Comunitária*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1998.

LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL DO SUS. Porto Alegre: SES/RS, out. 2000.

LOPES, M.J.M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M. J.M.; MEYER, D.E.; WALDOUW, V.R.(org) *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MANCEBO, D. Indivíduo e Psicologia. In: JACÓ-VILELA, A.M.; MANCEBO, D. (org.) *Psicologia social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1999.

MINAYO, M.C.de S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1998.

MONTERO, M. *Paradigmas, corrientes y tendencias de la psicología social finisecular*. *Psicologia & Sociedade*; jan./Jun.1996.

NASCIMENTO, M. L. História do trabalho comunitário em psicologia. In: JACÓ-VILELA, A M.; CEREZZO, A C.; RODRIGUES, H.de B.C.(org.) *Clio Psyché Hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001. p.41-48.

NARDI, H. C. *Trabalho e ética: os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999)*. Tese de Doutorado. UFRGS, 2002.

NARDI, H.C.; TITTONI, J.; BERNARDES, J.S. Subjetividade e trabalho. In: CATTANI, A D.(org.) *Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia*. 4ª ed. rev.amp.Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002. p.302-308.

OLIVEIRA, D. E SALDANHA, O. L. (1993) *Da instituição à sociedade: A trajetória da saúde mental coletiva*. *Saúde Mental Coletiva*, 1(1), pp. 40-50.

PATTO, M. H.S. O que a história pode dizer sobre a profissão psicólogo: a relação Psicologia – Educação. In: BOCK, A M.B. (org.) *Psicologia e o Compromisso Social*. São Paulo: Cortez, 2003 p. 29-35

PELBART, P. Manicômio Mental: a outra face da clausura. *SaúdeLoucura*. São Paulo:Hucitec, nº2,1994.

RELATÓRIO DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Brasília, 1986. Anais Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-89.

Relatório de gestão da 16ª CRS, 2000-2002. Lajeado, 2002.

Relatório do levantamento da rede de atenção em saúde mental na região da 16ª CRS, Lajeado, dez. 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Legislação em Saúde Mental, Brasília, 2001, p. 47-50.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde Mental. *Guia dos Serviços de Saúde Mental*. Porto Alegre: SES/RS, 2002.

SILVA FILHO, J. F. A Medicina, a psiquiatria e a doença mental no Brasil. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (org.) *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1992.

SILVA, R. C. DA. A formação em psicologia para o trabalho em saúde Pública. In: CAMPOS, F.C.B. (org) *Psicologia e saúde*. Repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 25-40

SPINK, M.J. P. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: CAMPOS, F.C.B. *Psicologia e Saúde*. repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992. p.11-23

_____. *Psicologia Social e Saúde*. práticas, saberes e sentidos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

SUS-RS. *Descentralizando e democratizando o conhecimento. Coletânea de Legislação do Sistema Único de Saúde/SUS*.

TITTONI, J. *Trabalho e subjetivação: cooperação, solidariedade e autogestão produzindo novos modos de trabalhar*. Projeto de Pesquisa. 2002.

VASCONCELOS, E.M. *O que é psicologia Comunitária*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

VASCONCELOS, E.M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

YAMAMOTO, O.H. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In: BOCK, A M.B. (org.) *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2003. p. 37-54

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,

_____, concordo em participar da pesquisa “Subjetivação e Trabalho: problematizações sobre as práticas profissionais dos psicólogos nas equipes municipais de saúde”, tendo sido informado de que minha participação ocorrerá por meio dos grupos de discussão propostos em razão de minha participação no Fórum Regional de Saúde Mental. Estou ciente dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, bem como de que os dados desta pesquisa possuem finalidade acadêmica e de produção de conhecimento científico, sendo mantido o anonimato dos participantes, bem como o sigilo sobre qualquer referência que possa levar à identificação dos mesmos. Todas as minhas dúvidas serão respondidas com clareza e terei liberdade de retirar meu consentimento assim que desejar. Caso queira que meu nome seja retirado desta pesquisa ou necessite maiores esclarecimentos, posso fazê-lo por meio do contato com a psicóloga Olinda Lechmann Saldanha, telefone 9994.9182.

Assinatura

Assinatura do Pesquisador

Lajeado, ____ de _____ de 2003.