

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

KATIA APARECIDA DEMENECK

SÍNTESE PROPOSITIVA DE COMPETÊNCIAS DO PSICÓLOGO PARA O
PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Itajaí

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KATIA APARECIDA DEMENECK

SÍNTESE PROPOSITIVA DE COMPETÊNCIAS DO PSICÓLOGO PARA O
PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea
Cutolo

Itajaí
2007

Demeneck, Katia Aparecida
Síntese propositiva de competências do psicólogo para o
processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde / Katia Aparecida
Demeneck
- Itajaí, SC, 2007.
225 p.

Orientador: Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo.
Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajaí.

1. Atenção primária. 2. Saúde coletiva. 3. Competência
profissional.

KATIA APARECIDA DEMENECK

SÍNTESE PROPOSITIVA DE COMPETÊNCIAS DO PSICÓLOGO PARA O
PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada no Curso de Pós Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, ___ de _____ de 2007.

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
UNIVALI – Itajaí
Orientador

Profa. Dra. Ingrid Elsen
UNIVALI – Itajaí
Membro Interno

Profa. Dra. Carmen Leontina Ocampo Moré
UFSC – Florianópolis
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial ao Sandro, companheiro e amigo.

Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo seu amor e carinho que me deram forças e fizeram acreditar e ter persistência nos momentos de insegurança e fraqueza.

A meus familiares, principalmente meus pais e irmãos, que compreenderam a minha ausência ao longo deste período, agradeço a compreensão e respeito.

Aos amigos que me deram apoio e colaboraram em minha trajetória para concluir mais um sonho.

Ao meu orientador, Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo, pela sua disponibilidade em explicar, mostrar e apontar caminhos. Seu estímulo e dedicação me propiciaram aprender a arte de pesquisar qualitativamente.

Aos colegas do Mestrado, em especial à Karine, à Ligia, pela amizade, pela convivência gratificante em nossas idas e vindas.

Aos especialistas e aos psicólogos que se dispuseram em participar da pesquisa, meu muito obrigada. Sem esta colaboração não seria possível concretizar este projeto.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização deste sonho, mais que um sonho, fez parte de um projeto de vida.

Muito obrigada a todos!

DEMENECK, Katia Aparecida. **Síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde**. 2007. 225 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

RESUMO

Os recursos humanos são um dos elementos fundamentais para que o novo modelo de assistência à saúde possa ser implantado no Brasil. Para propiciar um atendimento integral, há necessidade de uma equipe interdisciplinar, formada por vários profissionais da área de saúde. Dentre os profissionais de saúde, entendemos que o psicólogo é um ator social que pode contribuir com a equipe nas ações de saúde junto às famílias e à comunidade. Para tal, é imprescindível construir uma proposta de atuação do psicólogo, na qual pressupostos possam ser questionados e dêem lugar a novas práticas em saúde, atendendo aos princípios da Atenção Primária à Saúde - APS.

Este estudo teve como objetivo construir uma síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na atenção primária à saúde, descrevendo as competências necessárias para uma atuação que esteja voltada aos princípios norteadores da APS e do SUS – Sistema Único de Saúde.

Foi realizado um estudo qualitativo com três etapas de investigação: na primeira etapa, realizou-se a análise de oito documentos técnicos tendo como área temática as competências do psicólogo para o processo de trabalho na APS; na segunda etapa de investigação, foram realizadas entrevistas com amostra intencional de dois psicólogos docentes e pesquisadores da área de saúde coletiva; na terceira etapa do estudo, realizou-se a observação participante dos processos de trabalho de dois psicólogos que atuam no Programa de Saúde da Família. Os dados foram tratados através da análise de conteúdo com agrupamentos e categorizações.

Os resultados do estudo nos levam a um desenho de competências operacionais, conceituais, metodológicas e comportamentais. Propomos uma síntese de competências operacionais onde existem processos de trabalho específicos do psicólogo como: atenção à saúde individual, atenção à saúde da família e atenção domiciliar; e processos de trabalho comuns à equipe de saúde incluindo: trabalho em equipe, atenção à comunidade, territorialização, conselho local, intersetorialidade e planejamento/organização.

Palavras-chave: Atenção primária. Saúde coletiva. Competência profissional.

DEMENECK, Katia Aparecida. **Proposed summary of skills in psychology for the work process in Primary Healthcare**. 2007. 225 f. Dissertation (Master's Degree in Health and Management of Work) – University of Vale do Itajaí, 2007.

ABSTRACT

Human resources are one of the fundamental elements for the implementation of a new healthcare model in Brazil. To provide a complete healthcare service, it is necessary to have an interdisciplinary team consisting of people with various technical backgrounds in the area of health. Among the various healthcare professionals, we consider the psychologist as a social actor who can contribute to the group in relation to the health actions carried out with families and the community. Therefore, it is imperative to develop a working schedule for the psychologist, in which previous ideas can be questioned and new health actions enabled, according to the principles of Primary Health Care – PHC. This research proposes a summary of the required skills of the psychologist for the work process in Primary Health Care, and describes the essential abilities for a practice that is centered on the principles of the PHC and SUS – Sistema Único de Saúde (the Brazilian national healthcare system). A qualitative study was carried out, with three stages: the first stage consisted of the analysis of eight technical documents related to the psychologist's skills for the PHC working process; the second involved intentional sample interviews with two psychologists, lecturers and researchers in the area of collective health; and the third observed the working process of two psychologists practicing in the Family Health Program. The data was analyzed through content analysis, dividing the content into groups and categories. The results of the study enable us to outline the operational, conceptual, methodological and behavioral skills. We suggest a summary of operating skills which include specific working processes of the psychologist such as: Individual healthcare, family healthcare and home visitation, and working processes shared with the health team, including: teamwork, community healthcare; territories; local council, joint actions between sectors, and planning/organizing.

Key words: Primary Healthcare. Collective health. Professional Skills.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1.....	15
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS.....	15
1.1 Histórico da Atenção Primária da Saúde no mundo	15
1.2 Evolução histórica da Atenção Primária no Brasil	17
1.3 Programa de Saúde da Família	18
1.4 Conceitos da Atenção Primária à Saúde.....	21
1.5 Princípios norteadores da atenção primária à saúde	23
1.6 Particularidades da atenção primária à saúde	25
1.6.1 Territorialização e a adscrição da clientela.....	25
1.6.2 Trabalho em equipe e a interdisciplinaridade	26
1.6.3 Intersetorialidade	27
1.6.4 Acolhimento e vínculo	29
1.6.5 Abordagem familiar.....	29
1.6.6 Visita domiciliar e atenção domiciliar.....	32
1.6.7 Participação da comunidade e o controle social.....	33
1.6.8 Vigilância em saúde.....	33
1.6.9 Gerenciamento local de saúde.....	35
1.6.10 Ações integradas em saúde – integralidade.....	37
1.7 Atenção primária e formas de organização	40
CAPÍTULO 2.....	46
PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA.....	46
2.1 A psicologia social comunitária	46
2.2 Saúde mental e reforma psiquiátrica.....	50
2.3 Modelo de saúde mental proposto pelo Ministério	51
2.4 Dados e perfil de atuação do Psicólogo no SUS	55
CAPÍTULO 3.....	57
COMPETÊNCIAS E PROCESSO DE TRABALHO	57
3.1 Competências.....	57
3.2 O desenvolvimento de competências e os quatro pilares de educação.....	58
3.3 Desenvolvimento de competências - um processo educativo.....	60
3.4 As competências e processos de trabalho.....	62
3.5 Reflexões sobre as competências do Psicólogo na APS.....	65
CAPÍTULO 4.....	67
DOCUMENTOS TÉCNICOS.....	67

4.1 Competências Operacionais.....	68
4.1.1 Atenção à Saúde	68
4.1.2 Gestão dos serviços de atenção à saúde.....	82
4.1.3 Organizacional da Unidade de Saúde	89
4.2 Competências conceituais	92
4.2.1 Saúde coletiva	92
4.2.2 Psicologia.....	98
4.2.3 Metodologias	105
4.3 Competências comportamentais.....	108
4.4 Síntese de competências de acordo com a análise de documentos técnicos	110
CAPÍTULO 5.....	118
CONSULTA AOS ESPECIALISTAS	118
5.1 Competências operacionais.....	119
5.1.1 Processos de trabalho específicos do psicólogo	119
5.1.2 Processos de trabalho do psicólogo comuns à equipe de saúde	134
5.2 Competências conceituais	148
5.2.1 Saúde coletiva	148
5.2.2 Psicologia.....	151
5.2.3 Metodologias.....	152
5.3 Competências comportamentais.....	154
5.4 Síntese de competências de acordo com a consulta aos especialistas.....	155
CAPÍTULO 6.....	162
PROCESSO DE TRABALHO DOS PSICÓLOGOS	162
6.1 Localização do espaços físicos e do contexto	163
6.2 Localização dos sujeitos	166
6.3 Descrição de experiência.....	167
6.3.1 Competências operacionais	167
6.3.2 Competências conceituais	193
6.3.3 Competências comportamentais	195
6.4 Síntese de competências de acordo com os processos de trabalho dos psicólogos.	196
CAPÍTULO 7.....	201
SÍNTESE PROPOSITIVA DE COMPETÊNCIAS	201
7.1 Competências operacionais	201
7.1.1 Processos de trabalho específicos do psicólogo	201
7.1.2 Processos de trabalho comuns à equipe.....	205
7.2 Competências conceituais	209
7.2.1 Saúde coletiva	209

7.2.2 Psicologia.....	209
7.2.3 Metodologias.....	210
7.3 Competências comportamentais.....	210
7.4 Síntese propositiva de competências do psicólogo na APS	210
REFERÊNCIAS	216
DOCUMENTOS ANALISADOS	221
ANEXOS / APÊNDICES	222

INTRODUÇÃO

Desde o início da minha trajetória como psicóloga em 1993, fui atraída por outras áreas, além da psicologia clínica. Comecei na área organizacional atuando com o desenvolvimento de trabalhos educativos em cooperativas. As atividades desenvolvidas nessa área propiciaram uma experiência mais abrangente, além da psicologia organizacional acadêmica.

Porém, houve a necessidade de buscar mais conhecimentos voltados a esse tipo de organização – lacuna contemplada com especialização em gestão de cooperativas com foco de pesquisa em educação e participação.

Então outros desafios surgiram, e em 1997 comecei a desenvolver atividades na área de Gestão de Pessoas - Recursos Humanos, e ao longo destes 14 anos resultaram em atuação bastante rica tanto do ponto de vista profissional quanto pessoal. O trabalho com diferentes públicos, o uso de várias metodologias, a busca por capacitação continuada, trouxeram como consequência uma visão bastante ampla da atuação do psicólogo nas organizações.

Esta trajetória mostrou a necessidade de resgate conceitual a outras disciplinas do conhecimento como administração, sociologia, pedagogia, serviço social e de parcerias com várias outras áreas além da psicologia.

A partir de 2004, resolvi realizar um antigo sonho de ingressar na área de docência para o Magistério Superior. Comecei como professora nos cursos de Administração e Psicologia. No curso de psicologia como docente, pude acompanhar o desenvolvimento de outra proposta de formação - atuação do psicólogo como um profissional mais comprometido com as questões sociais - onde pude acompanhar e conhecer alguns termos que antes eram desconhecidos, como educação e promoção de saúde entre outros. O mestrado faz parte desse projeto na medida em que dará sustentação à minha atuação na área acadêmica, e possibilitando o contato e a aprendizagem na área de saúde coletiva.

O tema papel do psicólogo na saúde coletiva, especificamente na atenção primária, já vinha sendo alvo de interesse e curiosidade desde quando ingressei no mestrado como aluna especial. Quando conversávamos com outros professores do

curso de Psicologia em Ibirama quanto ao papel do psicólogo em outras áreas além da clínica, surgia sempre a questão do psicólogo na atenção primária.

O ingresso no mestrado trouxe uma série de desafios, pois os conceitos e experiências nesta área eram ainda bastante limitados, mas tinha a percepção de poder desenvolver um trabalho bastante desafiador e rico do ponto de vista de aprendizagem pessoal e profissional.

Pois a psicologia vem sendo convidada a participar do processo de mudança na área da saúde. O fortalecimento desse movimento de mudança se deu através da constituição de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do estado e com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS é fruto de um processo político e institucional chamado de Reforma Sanitária, que busca a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população tendo como princípios norteadores: da integralidade, universalidade e equidade. (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001)

Partindo desse conceito ampliado de saúde, temos um desafio para propiciar um atendimento integral: há necessidade de uma equipe interdisciplinar, formada por vários profissionais da área de saúde.

A Portaria Ministerial nº 267, de março de 2001, que regulamenta as categorias profissionais dentro da ESF, especifica que a equipe deve ser composta pelo médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Alguns municípios têm inserido outros profissionais como: nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, farmacêutico e psicólogo. Como profissional da saúde, o psicólogo é um ator social que tem muito a contribuir com esse novo modelo de atenção à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

O papel que o psicólogo tem desenvolvido na saúde coletiva vem sendo amplamente discutido em fóruns, seminários e em jornais dos Conselhos de Psicologia. Percebemos que a psicologia tem muito a contribuir resgatando os saberes da psicologia: social, organizacional e do trabalho, comunitária, clínica e escolar.

Porém entende-se que não cabe uma atuação do psicólogo na atenção primária em saúde dentro dos moldes tradicionais. Para provocar mudanças é necessário desenvolver competências diferenciais como a de aprender a pensar com rigorosidade, a conhecer, a ser flexível, a propor e resolver problemas, a assumir novos papéis, a comunicar-se e a trabalhar em equipe.

Dentro desse contexto e diante das reflexões anteriores, questionamos: a atual formação do psicólogo o qualifica para uma atuação eficaz na atenção primária à saúde?

Essas e outras questões nos remetem a pensar na formação e trajetória dos psicólogos – ainda bastante focadas no modelo clínico de atuação. Como outros profissionais da saúde, ele encontra as mesmas dificuldades e necessidades, de mudança na sua forma de perceber e atuar diante das questões que envolvem saúde e doença.

Apesar do amplo debate nos meios acadêmicos, das experiências da psicologia na atenção primária, ainda não estão estabelecidas as competências do psicólogo na APS.

Esta pesquisa se faz relevante no sentido de contribuir na construção do papel do psicólogo inserido dentro do novo modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, trazendo à tona questões como:

- Quais as competências necessárias para esta nova área de atuação?
- Quais as atividades que o psicólogo irá desenvolver?
- A formação do psicólogo tem possibilitado o desenvolvimento de competências para atuar na atenção primária?

Se acreditarmos que o psicólogo é um profissional que pode contribuir para a saúde da população, precisa-se com urgência construir um perfil de atuação. Há necessidade de construir uma proposta de atuação do psicólogo, na qual os pressupostos possam ser questionados e dêem lugar a novas práticas em saúde, atendendo aos princípios da Atenção Primária à Saúde - APS.

A pesquisa tem como objetivo geral construir uma síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na atenção primária à saúde, tendo como objetivos específicos identificar: o que existe de produção teórica a respeito da psicologia na Atenção Primária à Saúde; o que os especialistas, psicólogos pesquisadores e docentes que tenham interface com a saúde coletiva, percebem quanto ao papel do psicólogo na Atenção Primária à Saúde e quais as práticas que vêm sendo realizadas pelos psicólogos que atuam na Atenção Primária à Saúde;

Ao realizar a pesquisa, temos a priori alguns pressupostos básicos:

- A Atenção primária à saúde é a forma prioritária de efetivar o SUS;

- A estratégia de saúde da família é o meio operacional para a execução deste fim;
- O psicólogo deve ser ator nesse processo de construção;
- As competências do psicólogo para a APS devem ser construídas.

O desenvolvimento da dissertação seguiu as seguintes fases:

Capítulo 1: apresentação do histórico da atenção primária, os conceitos e suas particularidades.

Capítulo 2: apresentação da relação da psicologia com a atenção primária, da psicologia comunitária, do contexto da saúde mental e reforma psiquiátrica, e da proposta do ministério quanto à atuação da psicologia na saúde mental;

Capítulo 3: apresentação sobre o conceito de competências, o desenvolvimento de competências como processo educativo, a relação das competências com processos de trabalho, bem como reflexões sobre os processos de trabalho do psicólogo na APS.

Capítulo 4: apresentação das categorias de competências operacionais e conceituais, tendo como base a análise de documentos técnicos.

Capítulo 5: apresentação das categorias de competências, tendo como fonte a consulta aos especialistas.

Capítulo 6: análise dos processos de trabalho dos psicólogos, através da descrição de atividades coletadas através da observação participante.

Capítulo 7: síntese propositiva de competências para os processos de trabalho do psicólogo na APS.

CAPÍTULO 1

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS

Para facilitar a compreensão em relação aos termos utilizados para designar Atenção Primária à Saúde (APS) consideramos importante antes de iniciar com os conceitos, apresentar as nomenclaturas utilizadas. A Atenção Primária é utilizada como uma categoria da saúde coletiva. A Atenção Básica é o termo utilizado pelo Ministério da Saúde para denominar a Atenção Primária à Saúde, enquanto a Estratégia da Saúde de Família (ESF) é uma política definida pelo Ministério da Saúde para implantar a Atenção Primária no Brasil. Estaremos usando neste trabalho o termo Atenção Primária à Saúde (APS).

1.1 Histórico da Atenção Primária da Saúde no mundo

Segundo Mendes (2002), surgiu no Reino Unido em 1920, no relatório Dawson, a moderna concepção de Atenção Primária à Saúde, onde se preconizou a organização dos serviços de saúde em três níveis de atuação: os centros primários e secundários de atenção e os hospitais de ensino.

Dentro dessa proposta, iniciou-se a base da regionalização e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais.

A APS como doutrina universal teve sua origem na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, realizada em Alma Ata - URSS. Foram definidos, nesta conferência, como elementos essenciais da APS os seguintes aspectos:

[...] a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional. (MENDES, 2002, p. 9).

A conferência afirmou que os cuidados primários de saúde fazem parte do processo de desenvolvimento socioeconômico de uma nação. Um dos pontos de destaque da conferência diz respeito à participação da comunidade na determinação

e solução dos seus problemas de saúde, sendo que a melhoria da saúde contribui substancialmente para o aumento da produtividade e do bem-estar individual e comunitário. O desenvolvimento implica no progressivo melhoramento das condições e da qualidade de vida desfrutada pela sociedade e compartilhada pelos seus membros (UNICEF, 1978).

Uma comunidade é composta por pessoas que convivem dentro de uma forma de organização e coesão social, onde seus membros compartilham características econômicas, políticas, culturais e sociais. A participação comunitária é um processo que estimula indivíduos e famílias a assumirem a responsabilidade pela sua saúde, convida-os a serem sujeitos da sua história de vida.

Inicialmente, a comunidade deve participar do processo de avaliação da situação, da definição de problemas e fixação de prioridades. A seguir ajudará a planejar as atividades relacionadas aos cuidados primários de saúde, prestando depois sua inteira cooperação na execução de tais atividades. Essa cooperação inclui a aceitação, pelo indivíduo, de um alto grau de responsabilidade para com a manutenção de sua própria saúde – traduzindo, por exemplo, pela adoção de um salutar estilo de vida, pela aplicação e princípios de boa nutrição e higiene ou pela utilização de serviços de imunização. (UNICEF, 1978).

Enfim, várias foram as recomendações do Relatório de Alma-Ata (1978), entre elas citamos algumas:

- o relacionamento entre a saúde e o desenvolvimento dos países;
- a importância da participação da comunidade nos cuidados primários de saúde, que podemos relacionar hoje através da participação popular (controle social);
- o compromisso e o papel do governo na administração, planejamento e implementação de políticas de cuidados primários de saúde;
- a importância da integração do setor de saúde com outros setores afins; a necessidade de apoio a grupos vulneráveis da população, relaciona-se atualmente à questão da intersetorialidade;
- o treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde, o qual podemos relacionar a educação permanente;
- o desenvolvimento de tecnologias apropriadas de saúde.

Todas as recomendações devem ser estruturadas através de uma política e implantadas através de estratégias que possam atender aos objetivos e princípios da atenção primária.

1.2 Evolução histórica da Atenção Primária no Brasil

Do início do século XX até o final dos anos 50 predominou o modelo de sanitarismo campanhista, entendido como um sistema de intervenções sanitárias, para combater doenças transmissíveis, através da criação de estruturas *ad hoc*, com forte concentração das decisões e estilo repressivo sobre os corpos social e individual. (MENDES, 2002, p. 23).

Esse modelo de atuação tinha como objetivo responder às necessidades de uma economia agroexportadora ancorada fortemente na produção de café.

Na segunda metade do século XX, houve uma diversificação da base produtiva com o surgimento de um eixo econômico urbano, em que a atenção de serviços de saúde voltou-se para as pessoas com emprego formal, através de uma medicina previdenciária. Mendes (2002 p.23) afirma que “hegemonizou-se, então, no período do início dos anos 60 até a metade dos anos 80, o modelo médico-assistencial privatista”.

Somente em 1988, com a nova Constituição Federal nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como uma das diretrizes centrais a descentralização, colocada em prática, principalmente, através de um processo de municipalização da saúde o qual começou pela transferência da rede de atenção primária estadual para os municípios.

Já que um dos princípios do SUS é o da integralidade da atenção, e, por isso, já não se podia continuar a ofertar uma atenção primária à saúde como programa de atenção primária seletiva [...]. Tratava-se, então, de buscar um modelo de atenção primária à saúde que desse conta de concretizar a integralidade das ações e serviços de saúde e pudesse colocar-se como alternativa ao modelo convencional vigente. (MENDES, 2002, p. 26).

Um movimento bastante significativo que ocorreu na primeira metade dos anos 1980 foi a implantação dos Distritos Sanitários em vários municípios brasileiros, cuja centralidade está na idéia de territorialização, voltado para a saúde da população e não somente para as doenças. Mendes (2002) lembra que surgiram no país várias propostas para organização da APS, sendo que podemos destacar as mais importantes: a da Medicina Geral e Comunitária, a da Ação Programática em Saúde, a do Médico de Família, e a da Defesa da Vida e a da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Essas propostas continuam vigentes e são importantes por que representam alternativas para proporcionar APS com qualidade para a população, bem como concretizar os princípios do SUS. Porém muitas dessas políticas não se institucionalizaram como políticas públicas nacionais, isto somente ocorreu em 1993, com a criação e implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).

O PSF sofreu influências indiretas externas de diferentes modelos de saúde da família, em especial os modelos canadense, cubano e inglês. Mas suas origens estão no Programa de Agentes de Saúde, instituído, pela Secretaria Estadual do Ceará, em 1987, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência de combate à seca. (MENDES, 2002, p. 28).

Podemos considerar o modelo brasileiro de saúde da família uma experiência desenvolvida internamente, ainda que tenha recebido influências externas importantes.

O Programa de Agentes de Saúde teve enorme repercussão pelos resultados positivos que trouxe, então foi estendido para todo o País, em 1991, pelo Ministério da Saúde, com o nome de Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Mas esse programa constitui-se em uma proposta de atenção primária seletiva, e sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde por tecnologias de maior densidade.

1.3 Programa de Saúde da Família

Consideramos importante apresentar neste estudo o PSF por ser a estratégia escolhida para implantar a APS no Brasil.

Com a implantação do SUS pela Constituição Brasileira em 1988 e regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu-se que a saúde é um bem universal de direito de todos os cidadãos, tendo como princípios a igualdade das pessoas frente aos serviços de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Almeida (2001 *apud* WESTPHAL *et al.*, 2001, p. 35), afirma que,

[...] orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se objetivos

estratégicos que dêem concretude ao modelo de atenção à saúde, desejado pelo Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto de mudanças na atenção à saúde, surge a implantação do PSF, que propõe a superação da fragmentação dos cuidados com a saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo central da abordagem no atendimento à saúde.

Tendo como objetivo humanizar as ações em saúde, esse programa aproxima-se da comunidade, da família, através do estabelecimento de vínculos, buscando um novo modelo de atuação em equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários.

Humanizar as práticas de saúde, buscar a satisfação do usuário, estreitar o relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimular o reconhecimento à saúde como direito de cidadania e de qualidade de vida, são importantes fundamentos da ESF. (WENDHAUSEN *et al.*, 2003, p. 8).

Para atuar nesse novo modelo de atenção em saúde é necessário que a equipe e os profissionais de saúde tenham competências, tanto técnicas como relacionais, além de uma forte identificação com a proposta. Sem essa identificação corre-se o risco de ser apenas um trabalho sem significado, destituído de sentido e com sérios riscos de falta de resolubilidade.

Encontram-se muitos desafios que se impõem à equipe do PSF, em que novos saberes, práticas e atitudes são necessárias a esses atores sociais. A formação de gestão de pessoas dentro das novas diretrizes propostas pelo SUS é um tema fundamental.

Com vistas às mudanças e atenção às necessidades sociais, o ensino deve ser baseado nos problemas localizados da população, articulando com uma extensão e pesquisa que implique em conseqüentes melhorias das condições de saúde da comunidade [...]. (CUTOLO, 2003, p. 52).

A atuação em conjunto da equipe de saúde da família permite um olhar para a saúde de forma global, levando em consideração o indivíduo nas suas dimensões: física, psicológica e social. Ao mesmo tempo em que cada um na equipe tem atividades específicas e técnicas, deve existir a integração, a busca de objetivos comuns e de troca de saberes e de experiências.

O modelo de saúde da família brasileiro está ancorado na ação de uma equipe de saúde da família composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, ofertando serviços básicos a uma população adscrita. (MENDES, 2002, p. 29).

O PSF veio para contribuir na reorientação do modelo assistencial, através da APS, dentro dos princípios do SUS, com uma participação compartilhada entre os serviços de saúde e a população.

Muitos são os obstáculos para implantação do PSF e suas estratégias de superação transitam nos ambientes: político, ideológico e cognitivo-tecnológicos. Para superar tais dificuldades há necessidade de envolvimento nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

Segundo Mendes (2002), existe ainda pouco entendimento do que significa a estratégia do PSF, isto acontece tanto por parte dos profissionais de saúde, como dos representantes políticos e da população em geral, levando a distorções de que o programa é destinado a regiões e populações mais pobres ou mesmo de que a APS, é algo simples que pode ser ofertado de forma improvisada e com pouco preparo dos profissionais.

Outro problema refere-se à excessiva utilização do PSF na atenção às condições agudas, isto quer dizer que na prática grande parte das equipes de PSF não consegue agir em conformidades com os princípios de APS, focando-se apenas nas demandas da população para atendimento às condições agudas.

É necessário desenvolver um sistema de acolhimento adequado, que pode manifestar-se em duas dimensões: em primeiro lugar a dimensão atitudinal, que exige uma atenção humanizada, para todas as pessoas, se utilizando de uma escuta adequada, com a criação de vínculos entre a equipe e as famílias de um território. Em segundo lugar, há necessidade de uma dimensão organizativa, que estabeleça fluxos e contrafluxos das pessoas nas unidades básicas de saúde.

Outro obstáculo refere-se à questão de recursos humanos. Segundo Mendes (2002), os profissionais de saúde encontrados no mercado não estão capacitados para atender às competências que a Estratégia de Saúde da Família precisa.

Recentemente a Portaria Ministerial nº 648, de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica do Programa Saúde da Família e o do Programa Agentes Comunitários de Saúde. A portaria especifica que para realizar

as atividades nas unidades de saúde é preciso contar com uma equipe multiprofissional composta por: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros profissionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A portaria aponta as características pelas quais deve se pautar a atuação da equipe de saúde:

- atuar dentro de um território definido;
- programar e implementar as atividades tendo como prioridade a solução dos problemas de saúde mais freqüentes da população;
- responsabilizar-se por uma assistência resolutiva à demanda espontânea;
- desenvolver ações educativas;
- desenvolver ações focalizadas sobre os grupos de risco;
- dar assistência básica integral e contínua;
- implementar as diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- realizar o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- participar no planejamento e na avaliação das atividades;
- desenvolver ações intersetoriais;
- apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.
- manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos do território;
- ter a prática do cuidado familiar ampliado;
- trabalhar de forma interdisciplinar;
- valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva.

Além das atribuições que são comuns a todos os profissionais, o documento traz as atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

1.4 Conceitos da Atenção Primária à Saúde

Após breve contextualização histórica da APS no mundo e no Brasil, bem como da estratégia de implantação escolhida no país, é fundamental nos

apropriarmos dos conceitos e princípios norteadores da APS. Entendemos que os profissionais de saúde, especificamente o psicólogo, objeto de nosso estudo, deve orientar-se e desenvolver suas atividades à luz destes conceitos e princípios.

Encontramos na literatura algumas definições para APS. A Organização Mundial de Saúde - OMS (2004) define como acessibilidade dos indivíduos e famílias de uma determinada comunidade aos serviços essenciais de saúde, que possam ser prestados por meios aceitáveis e a custos que tanto a comunidade como o país possam absorver.

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978 *apud* MENDES, 2002, p.13).

O relatório de Alma-Ata (UNICEF, 1978) informa que os cuidados primários de saúde representam uma abordagem prática para dar aos indivíduos, famílias e comunidade, acesso universal aos cuidados essenciais de saúde, de forma aceitável e a um custo que esteja ao seu alcance, contando com sua plena participação.

Segundo Starfield (2002), a APS é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, dando atenção para todas as condições de saúde e coordenando a atenção fornecida em outro lugar por terceiros.

Para o Ministério da Saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de **trabalho em equipe**, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza

tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p.10, grifo nosso).

Embora os conceitos estejam descritos de modos um tanto diferenciados, na prática, reforçam a idéia de que a APS constitui-se no primeiro nível de atenção à saúde de indivíduos e comunidades, sendo a porta de entrada do sistema de saúde.

Teoricamente, é o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde e teria capacidade para resolver entre 80% a 90% dos problemas de saúde da população. Deve atender a uma população de uma determinada comunidade, dentro de uma área delimitada, com capacidade para resolver a maioria de seus problemas, em que as necessidades trazidas pelas pessoas irão desencadear ações de recuperação, reabilitação, prevenção e promoção à saúde.

1.5 Princípios norteadores da atenção primária à saúde

Após apresentarmos os conceitos de APS, é importante descrever seus princípios norteadores. Novamente reforçamos de que os psicólogos que atuam na área de saúde coletiva ou que venham a atuar devem compreender e atender a estes princípios norteadores.

Os princípios ordenadores de acordo com Starfield (2002) são:

- **Primeiro contato e acessibilidade:** o primeiro contato implica que as decisões a respeito da necessidade de serviços especializados somente são tomadas depois do primeiro contato com o profissional de saúde da atenção primária. A acessibilidade refere-se à capacidade de utilização dos serviços pelos indivíduos, famílias e comunidade. Os serviços devem estar disponíveis para serem utilizados quando a população precisar. Os serviços devem se localizar próximos das pessoas, sendo desejável que não se dependam de meios de transporte para percorrer o trajeto. É importante observar os fluxos de

atendimento, com marcação de consulta facilitada e previsão de atendimento para problemas emergenciais;

- **Longitudinalidade:** refere-se à existência regular de cuidados pela equipe de saúde ao longo do tempo, dentro de um ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe, indivíduos e famílias. Os serviços devem ser regulares, permitindo por parte do usuário, uma percepção da equipe de saúde como a provedora de cuidados. A longitudinalidade permite o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidade ao longo da vida, permitindo à equipe de saúde uma maior familiaridade com os problemas apresentados pelos usuários, de forma mais abrangente que os especialistas poderiam ter. Diz respeito à estrutura dos serviços no que tange à capacidade e à regularidade. Isto inclui a permanência de profissionais capacitados; a provisão regular de insumos; a existência de registros disponíveis e a existência de sistema de informações com capacidade para embasar as decisões acerca do indivíduo, das famílias e da comunidade;
- **Coordenação:** a equipe é responsável pela articulação da referência, construindo mecanismos de encaminhamento a partir da APS, em direção aos outros níveis de atenção de saúde e a outros setores da sociedade. Para que exista uma coordenação adequada do sistema de saúde, deve existir um eficaz processo de gerenciamento das informações. Coordenação é a capacidade de garantir continuidade da atenção, através da equipe de saúde;
- **Integralidade:** é a capacidade da equipe em atender às necessidades mais comuns da população. Diz respeito ao atendimento adequado para cada tipo de demanda, sejam elas de assistência primária, secundária, ou terciária; sejam elas de competência do setor da saúde, ou de saneamento, transporte, questões de habitação, entre outros;
- **Centralização na família:** é fundamental perceber a família como foco da atenção, buscando o conhecimento integral dos seus problemas de saúde; considerando os valores, normas, estrutura e singularidade de cada família;

- **Orientação para a comunidade:** diz respeito ao reconhecimento das necessidades familiares, observando o contexto físico, econômico, social e cultural da comunidade.

1.6 Particularidades da atenção primária à saúde

Além dos princípios norteadores, serão apresentados neste estudo os elementos e particularidades da APS. Consideramos que a atuação do psicólogo na saúde coletiva - APS deve orientar-se a esses elementos constituintes, pois no desenvolvimento de suas atividades estas particularidades estarão articuladas e relacionadas nos seus processos de trabalho.

1.6.1 Territorialização e a adscrição da clientela

O sucesso de um Sistema Único de Saúde, em um país tão extenso e diverso como o Brasil, está na sua flexibilidade em se adequar às diferentes realidades locais. Uma das propostas do SUS é a descentralização, por permitir que dentro de um mesmo município as equipes de saúde possam desenvolver trabalhos diferenciados, dependendo da realidade e das necessidades de cada região.

A proposta é que cada equipe trabalhe dentro de um território definido.

O trabalho em equipe, o conhecimento do território, a identificação dos problemas, o vínculo e a participação da comunidade devem possibilitar a articulação de espaços para que se faça um planejamento de ações de saúde para serem ali desenvolvidas. (OLIVEIRA, 2006, p. 66).

A territorialização é fundamental, com ela é possível fazer um planejamento que esteja voltado para as necessidades e demandas da população.

Para que a equipe de saúde possa fazer o levantamento da realidade local, é necessário que a comunidade seja co-responsável e compreenda o conceito ampliado de saúde – que implica em outro modelo de atenção – não mais aquele voltado para o aspecto curativo. Implica também em mostrar para a população uma

preocupação com sua qualidade de vida, com sua saúde e não apenas com a doença.

1.6.2 Trabalho em equipe e a interdisciplinaridade

Borges e Dohn (2006) afirmam que a própria formação do profissional de saúde é uma das raízes das dificuldades do trabalho em equipe na prática, sendo que na graduação a maioria dos profissionais não são preparados para desenvolver habilidades de interação, relações construtivas com outros profissionais.

Para que ocorra a articulação de ações, do trabalho em saúde, é necessário que cada profissional de saúde tenha certo conhecimento do trabalho do outro, e, principalmente, que possa reconhecer sua necessidade e importância para a atenção integral à saúde da população.

O profissional de saúde tem tido, até então, uma formação voltada para desenvolver suas competências técnicas, dentro de um modelo biomédico e fragmentado. As competências interpessoais muitas vezes acabam ficando em segundo plano, relegadas.

Trabalhar em equipe é colocar em prática muitas dessas competências interpessoais, através da comunicação, da flexibilidade, da visão compartilhada e da cooperação. A colaboração depende de uma teia de informações e da rede de relações pessoais. Quanto mais próximas às pessoas estiverem e mais informações tiverem a respeito da realidade na qual irão intervir, mais apoio e ajuda mútua terão.

Concordamos com Borges e Dohn (2006) que há necessidade da superação dos limites colocado pela visão disciplinar e que um dos grandes desafios que se impõe para equipes de saúde é trabalhar de forma interdisciplinar.

O que ocorre na prática cotidiana dos serviços de saúde é que o trabalho da equipe de saúde torna-se inexistente, na medida em que, embora compartilhando o mesmo espaço físico os profissionais atuem de forma isolada, muitas vezes perdendo-se a noção do que seria uma abordagem integral do usuário [...]. (BORGES; DOHN, 2006, p. 129).

Para um trabalho em equipe de forma interdisciplinar, é essencial que cada profissional conheça e respeite as atribuições específicas de cada área, de cada profissional da equipe de saúde.

[...] a interdisciplinaridade contempla: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. (SAUPE *et al.*, 2005, p. 522).

O vínculo e a autonomia são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família. O vínculo pressupõe que exista uma forte interação entre os profissionais da equipe de saúde. Essa interação da equipe somente é possível através da constante troca de conhecimentos e práticas, ancorado no contexto social, histórico e econômico e cultural da comunidade em que a equipe está inserida.

De acordo com Borges e Dohn (2006), a comunicação é o denominador comum para o trabalho em equipe e, para isso, os profissionais precisam estar dispostos para estabelecer padrões efetivos de comunicação. É natural que existam conflitos e tensões, que devem ser administrados para que não sejam pontos de ruptura interna da equipe, levando-a a afastar-se de seu objetivo comum.

1.6.3 Intersetorialidade

Falar sobre intersetorialidade e saúde, de acordo com Poli (2006), somente faz sentido a partir do entendimento do que é saúde, do que é doença. Compreendendo saúde como resultado do modo de vida das populações, e, principalmente, abrindo espaço para a produção social em saúde, em que não bastam apenas ações da biomedicina, é necessário ir além, buscar a articulação com outros setores da sociedade.

A ação intersetorial pode ser definida como uma forma de trabalho em que estão envolvidos diversos setores da sociedade, tendo intenções diversas ou não, mas que podem atuar conjuntamente para resolver algum problema da população.

Poli (2006) acredita que o espaço de encontro dos setores em torno de um planejamento de uma ação conjunta é também um exercício de cidadania e de responsabilização sobre os caminhos da comunidade.

A intersetorialidade pressupõe uma ação, uma resposta aos problemas da população, que somente poderão ser resolvidos com o envolvimento e a participação dos diversos setores da sociedade (gestores, universidades, hospitais, entidades variadas, usuários). Ela pode ser exercida em qualquer área, porém é na área da saúde que encontramos um dos setores mais sensíveis a este tipo de ação. Para Poli (2006), entre todos os espaços de saúde em que a ação intersetorial é possível, é na atenção primária que ela tem um papel de destaque. Podemos considerar que a proximidade e a relação permanente da equipe de saúde com as famílias, associações, outras entidades comunitárias facilitam o desenvolvimento de ações coletivas. É um trabalho que deve partir de uma ação deliberada e em consequência de um planejamento. Os indicadores de saúde devem servir de base para a tomada de decisão quanto às prioridades de ações de saúde, porém é fundamental trabalhar com os objetivos da população (temas que envolvem, mobilizam a comunidade como: a violência, a preservação ambiental, a exclusão social e demais assuntos que poderão surgir na problematização). O Conselho local de saúde por ser um espaço que conjuga diversos setores, pode fomentar ações, já que se propõe em ser um local para se pensar e discutir os vários problemas de saúde que envolvem a comunidade.

Com a mudança do entendimento do conceito de saúde tem-se o desenvolvimento da idéia de promoção da saúde, Carta de Ottawa (1986) – entendida como um processo para sensibilizar, mobilizar, incentivar as pessoas a cuidar de sua própria saúde e a participar do controle dos vários determinantes de saúde. Poli (2006) pontua que as atividades coletivas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família são espaços potenciais, tanto para a promoção de saúde como para as ações intersetoriais, bastando para isso criar espaços para que as pessoas possam falar, discutir e propor.

Embora existam várias experiências bem-sucedidas quanto ao desenvolvimento de ações intersetoriais, ainda existem muitos obstáculos a serem vencidos. Muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem colocar em prática este princípio APS.

A incerteza sobre a condução e controle do processo, que é inerente às ações intersetoriais, é uma outra dificuldade que gera ansiedade nos profissionais de saúde, que estão mais acostumados a trabalhar com problemas sobre os quais detêm o poder técnico e decisório. (POLI, 2006, p. 145).

1.6.4 Acolhimento e vínculo

O acolhimento é um processo fundamental para que ocorra o estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família. Por acolhimento, entendemos a relação de escuta, de respeito, de empatia para com a família.

Empatia é poder se colocar no lugar do outro, percebendo o mundo como ele percebe, compreendendo o que o outro está sentindo e podendo compartilhar suas alegrias e sofrimentos.

“O acolhimento só pode ser apreendido como um processo reflexivo, democrático e interdisciplinar, construído com a participação ativa dos usuários”. (SILVA; BORGES, 2006, p. 118).

É pelo vínculo que a família irá abrir sua intimidade, contar seus segredos, deixar que a equipe de saúde entre em seu domicílio, cuide de sua família, faça parte de seu cotidiano. (SILVA; BORGES, 2006).

Sem vínculo a relação poderá ser puramente técnica e com grandes chances de não conseguir a co-reponsabilização que tanto se espera.

O acolhimento pode se constituir, dessa forma, no espaço de encontro e construção do cuidado da saúde, pensado de uma forma mais ampla, comportando não apenas a doença, mas incluindo-a, transcendendo-a, buscando dialogar com a dimensão existencial que existe na prática dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família [...]. (SILVA; BORGES, 2006, p. 118).

1.6.5 Abordagem familiar

Concordamos com Casanova (2006, p. 32), quando ele diz que o “homem é parte indivíduo, parte de uma família, parte de um coletivo. É no contexto familiar que crescemos, nos desenvolvemos e aprendemos”.

De acordo com Henckemaier (2004), a família pode ser entendida como uma unidade formada por seres humanos que se percebem como uma família, através de laços afetivos, de interesse e/ou consangüinidade, dentro de um processo histórico de vida, mesmo quando essas pessoas não compartilham de um mesmo ambiente.

A família vem se modificando, evoluindo de acordo com os novos padrões culturais, sociais e econômicos.

A família tem influência direta da cultura que é permeada por valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos e compartilhados pelos seus integrantes.

Segundo Elsen (2004), diferentes autores têm feito menção ao cuidado realizado pela família aos seus membros. Para Kleinman (1980), a família é um sistema cultural de cuidado à saúde, diferente e complementar ao sistema profissional de saúde. Na visão de Litman (1974), ela é uma unidade básica de saúde.

De acordo com Elsen (2004), a literatura apresenta alguns pontos em comum referentes ao cuidado familiar:

- a família pode ser reconhecida como uma instituição prestadora de cuidados para seus membros, auxiliando na identificação de sinais e queixas de mal-estar ou dor; buscando por recursos no sistema popular ou particular; mostrando-se presente durante a hospitalização e mesmo ocupando um papel importante nos casos de reabilitação;
- a família é parte integrante de um ambiente sociocultural, que em seu viver constrói um mundo de símbolos, significados, valores e práticas;
- o cuidado é inter e intrageracional, acontece entre gerações; se dá ao longo do processo de viver; é fortalecido pela rede de suporte social como: vizinhos, amigos, parentes;
- é um processo, aprendido e construído pela família em sua trajetória e a capacidade da família para cuidar dos seus membros pode ser comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases da trajetória familiar.
- o cuidado da família se mostra como presença no saber ouvir, pelo diálogo, pelo estar junto durante os momentos difíceis de dor e sofrimento no acompanhar e envolver-se.

Para Elsen (2004), a presença do familiar como integrante do cuidado familiar tem sido objeto de controvérsias, conflitos entre a instituição, administração, profissionais de saúde e a família. Henckemaier (2004) percebe que em muitas situações os profissionais de saúde estão preparados e atendem os indivíduos com

enfoque voltado apenas para a patologia, para a doença, esquecendo assim que com cada paciente estão pessoas ligadas a ele por fortes vínculos.

É necessário integrar a família do doente a qual, normalmente, se encontra apreensiva à espera de alguma resposta ou atenção por parte dos profissionais de saúde, envolvendo a família como parte integrante da prática do cuidado, em que possa existir um processo de interação, compartilhamento e negociação a respeito dos conhecimentos, crenças e valores em situações de saúde e doença, na qual estão envolvidos indivíduos, suas famílias e os profissionais de saúde.

Um exemplo de choque cultural é quando os profissionais de saúde, utilizando do seu saber científico, tentam anular práticas populares de cuidado utilizados pela família. Cada família possui formas particulares de lidar com as situações de doença, existindo momentos em que a família necessita expor suas angústias e sentimentos.

As discussões a respeito de famílias, relacionadas à saúde e à doença, devem considerar a maneira como o sistema familiar funciona. Diante dessa perspectiva, é interessante que o profissional da saúde esteja atento a alguns aspectos que podem influenciar no tratamento e no seu relacionamento com a família.

Segundo Malerbi (2002), podemos nos apoiar em algumas categorias para analisar o funcionamento familiar:

- considerar a estrutura familiar (gênero, distribuição de idade, número de membros);
- as funções e papéis de cada membro no sistema familiar;
- os recursos materiais, sociais e comportamentais da família;
- a história da família e a história individual dos membros;
- os modos de interação, principalmente os relacionados a comportamentos apresentados em relação a tomada de decisão e solução de problemas;
- o grau de coesão familiar;
- o padrão de comunicação utilizado pela família;
- qual fase do ciclo de vida que a família está passando.

A família passa por vários ciclos, desde a sua formação. São estágios que muitas vezes seguem seu curso natural sem crises, ou podem ser acompanhados de crises, em que a família precisa de apoio e muitas vezes do auxílio de profissionais especializados para superar e seguir adiante.

O ciclo familiar tem início com o casal. Nesse momento precisará que cada um dos cônjuges possa se afastar um pouco de sua família de origem para poder negociar e construir uma nova estrutura familiar. Com o nascimento do primeiro filho, essa fase é cheia de desafios – cada cônjuge irá aprender novos papéis: o de pai e o de mãe; então as crianças crescem e vem a fase da educação da pré-escola; logo chega a adolescência dos filhos com suas contradições; então os filhos saem de casa e constroem uma nova família. Pode vir o nascimento dos netos e, num determinado dia, o casal se vê sozinho novamente. Trata-se de processos em que se alternam ciclos de cuidar e ser cuidado. (CARTER, 1995).

Essas fases nem sempre acontecem dessa maneira, alguns estágios podem vir de modos diferentes. Tudo irá depender do contexto em que as pessoas vivem.

É importante que a equipe de saúde possa perceber qual o momento pelo qual a família está passando e auxiliar nas suas questões de saúde.

1.6.6 Visita domiciliar e atenção domiciliar

Para o Ministério de Saúde, a visita domiciliar é uma das formas da equipe monitorar a situação de saúde das famílias. As visitas podem ser programadas e ou espontâneas, dependendo das necessidades da população e segundo critérios epidemiológicos.

Por atenção domiciliar se entende um conjunto de ações realizadas pela equipe interdisciplinar no domicílio do usuário, a partir de um diagnóstico, podendo articular ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A atenção domiciliar representa um desafio, na medida em que deve existir uma parceria entre a equipe de saúde e as famílias. A equipe precisa estar preparada para abordar a família em seu domicílio e, nesse microterritório nada neutro, podem existir conflitos quanto à entrada da equipe, o que pode ser visto, até onde a equipe pode intervir. Para Henrique e Borges (2006, p. 105), essa entrada

[...] exige da equipe uma postura mais aberta e democrática, fortalecendo o trabalho coletivo e fomentando um processo de mudança cultural no cuidado das pessoas por parte dos profissionais de saúde e da comunidade.

1.6.7 Participação da comunidade e o controle social

Podemos entender a participação popular como uma das formas de participação social. Nas políticas de saúde, a população pode participar nos projetos de planejamento, como, também, acompanhar e avaliar as ações de saúde através dos Conselhos Locais de Saúde e das Conferências de Saúde.

Para Soares e Justino (2006, p. 146), “o controle social é colocado como um instrumento importante da participação da população com suas entidades representativas na formulação de políticas de saúde e controle de sua execução”.

1.6.8 Vigilância em saúde

Waldman (2002) utilizando um enfoque sistêmico e sintetizando os diversos conceitos de vigilância diz que a vigilância de um evento específico adverso à saúde é composta por dois subsistemas:

- de informações para a agilização das ações de controle que situa-se nos locais de saúde e tem por objetivo agilizar o processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde;
- de inteligência epidemiológica, especializado e tem por objetivo elaborar as bases técnicas dos programas de controle de específicos eventos adversos à saúde.

Segundo Waldman (2002), os principais objetivos dos sistemas de vigilância seriam:

- identificar novos problemas em saúde pública;
- detectar as epidemias;
- documentar a disseminação das doenças;
- estimar a magnitude da morbidade e da mortalidade causadas por determinados agravos;
- identificar fatores de risco que envolvam a ocorrência de doenças;
- recomendar, com bases objetivas e científicas, medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de agravos à saúde;

- avaliar a adequação de estratégias de medidas de intervenção, com base não só em dados epidemiológicos, mas também nos referentes à sua operacionalização;
- revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância com o objetivo de discutir as prioridades em saúde pública e propor instrumentos metodológicos adequados.

O objetivo da vigilância não se fundamenta apenas na simples coleta e análise das informações. Ela tem como responsabilidade elaborar, com fundamento científico, as bases técnicas que guiarão os serviços de saúde no que concerne à elaboração e implementação dos programas de saúde. (WALDMAN, 2002).

O mesmo autor afirma que um sistema de vigilância deve ter como características gerais:

- ser simples e contínuo;
- ter a coleta de dados, análise e ampla distribuição de informações;
- ser entendido como um pré-requisito para a elaboração de programas de saúde, e um instrumento para avaliação de seu impacto;
- ser útil para identificar fatores de risco das populações vulneráveis à exposição ao risco;
- submeter-se a avaliações constantes;
- ser responsável pelo acompanhamento contínuo de eventos específicos adversos à saúde;
- elaborar os instrumentos para avaliação e reformulação periódica de programas de controle de agravos à saúde;
- adequar-se às condições, à estrutura e à complexidade tecnológica do Sistema Nacional de Saúde;
- constituir-se no elo de ligação entre os serviços de saúde e o setores de pesquisa;
- pressupor a existência de programas continuados de formação e treinamento em recursos humanos.

Reafirmando as concepções descritas acima, Oliveira (2006) diz que o conceito de vigilância em saúde surgiu como resposta social organizada aos problemas de saúde nas suas diversas dimensões. Para o autor, vigilância deve ser entendida como um processo de permanente cuidado em todos os níveis, envolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e ações curativas.

Para definir as prioridades em saúde é importante avaliar a prevalência dos problemas identificados na comunidade, a importância ou a gravidade que representam para a saúde local. Devem ser identificadas as possibilidades de enfrentamento dos problemas, seja por métodos técnico-científicos disponíveis à equipe de saúde local, ou pelas necessidades de articulação intersetorial ou pelo interesse comunitário em lidar com determinado problema. (OLIVEIRA, 2006).

Segundo o autor acima mencionado, a vigilância em saúde será realizada pelas equipes de saúde da família com caráter individual, familiar e coletivo, através de consultas, visitas domiciliares, trabalhos com grupos, entre outros.

Do ponto de vista de Oliveira (2006), para dar conta dessas diversas necessidades da população, é necessário o envolvimento das equipes com outros setores da sociedade como escolas, creches, asilos e outras instituições. A questão fundamental da intersectorialidade é a ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre os diferentes setores da organização da sociedade.

Geralmente a palavra território é entendida como espaço físico. No entendimento da vigilância em saúde, o território é entendido como um espaço em construção e subdivide-se em cinco instâncias, entre elas: o distrito sanitário, território área, território microárea, território área de risco e território domicílio. Entende-se que o território é o primeiro pilar da vigilância em saúde. (OLIVEIRA, 2006).

Dentro do processo de vigilância em saúde, é importante comentar a questão da prevalência, que, segundo Rouquayrol (2006), descreve a força com que subsistem as doenças nas coletividades. A medida mais simples para a prevalência é a frequência absoluta dos casos de doenças.

1.6.9 Gerenciamento local de saúde

De acordo com Oliveira (2006), a Estratégia de Saúde da Família foi implantada em 1994 como um programa nacional, tendo como intenção efetivar a descentralização e buscar a participação social.

Oliveira (2006) comenta que é salutar compreender que os objetivos da descentralização devem ir além da divisão de responsabilidades administrativas e

financeiras entre as três esferas do governo. O gerenciamento local de saúde faz parte da proposta de descentralização das ações de saúde, trazendo para os municípios as responsabilidades pelas ações dentro do seu território, objetivando a oferta de serviços de saúde, as reais necessidades da comunidade local.

Dessa forma, cada equipe de saúde da família deve trabalhar dentro de um território definido, com seus problemas e necessidades de saúde. O trabalho em equipe, o conhecimento do território, a identificação dos problemas, o vínculo e a participação da comunidade devem possibilitar a articulação de espaços para que se faça um planejamento de ações de saúde para serem ali desenvolvidas. (OLIVEIRA, 2006, p. 66).

Para atingir os objetivos, o planejamento deve ser participativo e envolver todos os membros da equipe de saúde, os agentes comunitários e a participação da comunidade local. O planejamento deve direcionar as atividades da unidade de saúde e ser visto como uma ferramenta de trabalho pela equipe de saúde. Levantar as necessidades locais, planejar ações, monitorar, avaliar e adaptar, enfim deve fazer parte de um processo contínuo de aprimoramento. (OLIVEIRA, 2006).

Para Batista (2005), a descentralização apresenta-se no contexto da reforma sanitária brasileira com o objetivo de promover uma maior democratização do processo decisório na saúde.

Ainda segundo o autor, a descentralização, faz parte da estratégia de enfrentamento das desigualdades sociais e regionais, transferindo e redistribuindo as responsabilidades entre as várias esferas de governo. A descentralização permite que dentro de um mesmo município possam ser desenvolvidos trabalhos diferenciados e que estejam de acordo com as necessidades específicas de acordo com a realidade local.

Regionalizar implica um melhor conhecimento, por parte de estados e municípios, dos problemas sociais e de saúde de suas localidades para que então se possa implementar uma política de saúde condizente. Quem passa a decidir as prioridades de cada região é o gestor, que leva em consideração as características geográficas, o fluxo da demanda, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e as necessidades expressas pelos usuários. Estados e municípios devem estar mais integrados no processo de planejamento das ações e serviços de saúde de modo a atender melhor as necessidades da população. (BATISTA, 2005, p. 34).

1.6.10 Ações integradas em saúde – integralidade

O conceito de integralidade é um dos pilares de sustentação do SUS. Ele prevê que sejam ofertadas de forma articulada as ações de promoção de saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência e reabilitação nos processos que envolvem saúde-doença. (CAMPOS, 2003).

Campos (2003) recomenda que para disponibilizar o atendimento integral à população as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação precisam ser articuladas e integradas em todos os espaços institucionais e organizacionais do sistema de saúde.

O mesmo autor afirma que a mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. Em um primeiro nível, institucional, a organização e a articulação dos serviços de saúde e num segundo nível envolvendo as práticas dos profissionais de saúde.

A garantia do princípio da integralidade, em suma implica em dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo do cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, restaurar a saúde e reabilitar indivíduos. (CAMPOS, 2003, p. 577).

De acordo com Giovanella (2000, *apud* CAMPOS, 2003), os sistemas de saúde integrais deveriam atender as seguintes premissas:

- priorizar as ações de prevenção e promoção;
- garantir atenção nos três níveis de atenção;
- articular as ações de promoção, prevenção, cura e recuperação;
- abordagem integral a indivíduos e famílias.

Para que ocorra a mudança das práticas de saúde há necessidade de transformar as relações de trabalho e de uma nova forma de ver o paciente, o colega de trabalho e si mesmo como profissional de saúde. (CAMPOS, 2003).

Segundo Mattos (2006), o SUS estaria organizado através de três diretrizes estruturantes: a descentralização, o atendimento integral à população e a participação da comunidade.

Para o autor, o atendimento integral, a integralidade é mais do que uma diretriz estruturante, ela é uma “bandeira de luta”, uma “imagem objetivo”, expressa

por um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois estão relacionados ao ideal de uma sociedade mais solidária e justa. Entende-se por imagem objetivo, uma direção a qual queremos chegar dentro de um horizonte temporal definido.

Dito de outra forma, toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Sentidos correlatos, sem dúvida, posto que forjados num mesmo contexto de luta e articulados entre si. Mas sentidos distintos, que possibilitam que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem estas críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais. (MATTOS, 2006, p. 42).

Mattos (2006) comenta que uma imagem objetivo não diz como a realidade tem que ser, ela traz consigo muitas possibilidades e por isso talvez seja melhor não definirmos a integralidade, visto que poderíamos deixar de lado sentidos importantes.

De acordo com Mattos (2006), alguns sentidos são considerados mais relevantes quando tentamos definir a integralidade.

O primeiro sentido refere-se ao movimento da medicina integral, que tinha como proposta a crítica aos médicos que adotavam uma atitude fragmentária e reducionista diante dos seus pacientes.

Portanto, para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude por parte dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente. (MATTOS, 2006, p. 46).

O autor defende a idéia de que a integralidade deva ser um valor a ser defendido e sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, um valor que se expressa na forma com que estes respondem quando atendem seus pacientes.

Nesse sentido, talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e, portanto a suas posturas) a realização da integralidade. (MATTOS, 2006, p. 52).

O segundo sentido da integralidade, proposto pelo autor acima mencionado, está ligado à organização dos serviços e as práticas de saúde. Este sentido diz respeito à forma de organizar os processos de trabalho, onde a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços, existindo uma articulação entre

a demanda espontânea e a demanda programada quanto às necessidades de saúde da população.

Neste contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. (MATTOS, 2006, p. 57).

O terceiro sentido da integralidade, segundo Mattos (2006), é relativo ao desenho de políticas específicas. São políticas elaboradas e implantadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que acometem determinado grupo populacional. Neste sentido a integralidade é expressa quanto ao papel do governo em responder a certos problemas de saúde pública específicos de certos grupos populacionais, incorporando nestas políticas tanto as ações de prevenção como as ações assistenciais.

Em síntese, o primeiro sentido estaria ligado aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, o segundo sentido refere-se às características da organização dos serviços e o terceiro sentido diz respeito às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde específicos de certos grupos populacionais.

É possível reconhecer alguns traços de semelhança, algumas analogias, alguns fios de ligação que articulam todos estes sentidos. Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização de políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. (MATTOS, 2006, p. 61).

É necessário escapar dos reducionismos pelos quais ficamos presos por um longo período e ver o paciente além de sua lesão, da sua doença, das situações de risco aos quais está envolvido, percebendo que as respostas aos problemas de saúde devem incorporar diversas dimensões. (MATTOS, 2006)

O autor comenta que talvez a integralidade somente aconteça quando estabelecermos uma relação sujeito-sujeito em nossas práticas de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços ou mesmo nas discussões sobre as políticas de saúde. Mattos (2006) ressalta que certamente estes não são os únicos sentidos da integralidade, de que possivelmente muitos outros não foram explorados em sua fala.

Encontramos também em Camargo Jr (2003) a percepção quanto aos vários sentidos da integralidade. Para o autor a integralidade é uma palavra que tem um propósito maior do que ser apenas um conceito, ela pode ser considerada como um agrupamento de um conjunto de tendências políticas e cognitivas, com alguma ligação entre si, mas não totalmente articuladas.

Finalmente, voltando à discussão conceitual do termo integralidade, o que parece mais adequado neste momento é tomá-lo não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir. (CAMARGO JR, 2003, pg. 40).

Para Guizardi e Pinheiro (2005), a integralidade é assumida como prática social, o que implica no reconhecimento de diferentes visões de mundo. Ainda segundo os autores, a ação integral refere-se às interações positivas entre usuários, profissionais e instituições traduzidas em atitudes como um tratamento respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Produtora de relações, signos e significados, a integralidade, como um princípio e prática, tem ocupado os diferentes espaços das instituições e sociedade, sobretudo os espaços moleculares, das relações que se transformam em encontros e desencontros, característica da política como ação concreta. (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005, pg. 22).

Camargo Jr (2003) traz a noção da complexidade das questões de saúde e da necessidade de um desenho de estratégias para seu enfrentamento. Uma das questões é reconhecer que profissionais de saúde isolados ou mesmo categorias profissionais são limitadas para dar conta das demandas apresentadas e o trabalho em equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar se coloca como um imperativo fundamental, uma das formas de enfrentamento.

1.7 Atenção primária e formas de organização

Apresentadas as particularidades da APS, consideramos importante mostrar as suas possibilidades de organização. Sendo que a forma de organizar os serviços irá impactar nos processos de trabalho, e no modelo de inserção do psicólogo na APS.

Todos os países foram chamados a operacionalizar as metas acordadas em Alma Ata e alcançarem a meta de “saúde para todos no ano 2000”. Na prática existiram problemas de interpretações e por conseqüência de implementações. Segundo Mendes (2002), há pelos menos três interpretações principais da APS:

- **atenção seletiva:** é vista como um programa específico destinado a populações e regiões marginalizadas, onde se oferece em sua grande maioria tecnologias simples e de baixo custo, realizadas por profissionais de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência para níveis de atenção com maior capacidade tecnológica;
- **nível primário do sistema de serviços de saúde:** dentro desta perspectiva é vista como um modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada para o sistema de saúde, onde há ênfase à função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde da população, e à diminuição de custos;
- **estratégia de organização dos sistemas de serviços de saúde:** neste aspecto compreende-se como uma forma de reorganizar, reordenar todos os recursos do sistema, visando satisfazer as necessidades e demandas da população, o que implica fundamentalmente na articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

Na concepção de Mendes (2002), a APS deve ser vista como a estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. A atenção primária em saúde tem como proposta organizar o sistema de saúde para que este possa responder de maneira apropriada às necessidades da população. Dentro desta concepção, a atenção primária é vista como um dos pilares de estruturação dos sistemas de saúde, não apenas como um meio, uma forma de ofertar serviços a populações marginalizadas.

Mendes (2002) ainda informa que há várias formas para organizar os sistemas de saúde: através dos sistemas fragmentados ou pelos sistemas integrados de serviços de saúde. Os sistemas fragmentados estão organizados através de um conjunto de pontos de atenção isolados e incapazes de prestar uma atenção contínua às pessoas. Contrariamente, os sistemas integrados de serviços de saúde, são organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, prestando uma assistência contínua a uma população definida, com responsabilidade pelos resultados econômicos e sanitários.

Nos sistemas fragmentados, encontramos uma visão em estrutura piramidal, em que os pontos de atenção estão organizados por níveis hierárquicos, conforme a complexidade crescente, que vai desde o nível de baixa complexidade, o nível primário, até o nível quaternário considerado de maior complexidade.

Essa forma de concepção do sistema hierarquizado apresenta uma visão distorcida em relação à questão da complexidade dos serviços, quando estabelece que a APS seja menos complexa que os outros níveis de atenção.

Será mesmo que prestar serviços de qualidade na atenção primária à saúde, buscando promover a saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais – o que envolve um amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares, além de atitudes e habilidades altamente especializadas –, é menos complexo do que realizar procedimentos de maior densidade tecnológica em hospitais quaternários? (MENDES, 2002, p.16).

Esta percepção distorcida de complexidade já levou a uma desvalorização da APS e a uma supervalorização das práticas realizadas nos outros níveis de atenção.

Dentro da perspectiva de sistemas integrados de serviços de saúde, esta concepção de sistema hierarquizado em forma piramidal, deve ser substituída por outra visão: a de rede horizontal integrada.

Nessa visão não existe hierarquia entre os diferentes pontos de atenção, e sim a proposta de uma rede horizontal, que embora tenha distintas densidades tecnológicas, não existe a visão hierárquica entre elas.

Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços de saúde, a atenção primária à saúde deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde – o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização – o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam. (MENDES, 2002, p.17).

A proposta de rede horizontal integrada não se trata apenas de uma inversão da forma piramidal, mas de um novo modelo estrutural, com vários pontos de atenção à saúde, organizada a partir da APS, que está no centro tendo um papel de comunicação com todo sistema.

Encontramos duas formas alternativas para organizar os sistemas de serviços de saúde: os sistemas voltados para atenção das condições agudas, ou sistemas voltados para atenção de eventos crônicos.

Na visão de Mendes (2002), um dos problemas centrais dos sistemas de saúde está em tratar, enfrentar as condições crônicas e agudas dentro da mesma lógica. O sistema voltado para condições agudas é mais valorizado pela população que não percebe que está sendo vítima deste tipo de atenção fragmentada.

Os sistemas de serviços voltados para atenção às condições crônicas possuem um enfoque sistemático e planejado para atender tanto as necessidades dos eventos agudos, como dos eventos crônicos, nos quais as intervenções são de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde. Nessa forma de atenção, o conceito de autocuidado é fundamental.

O foco em APS são a pessoa e a comunidade, fazendo com que a qualidade esteja relacionada não somente com o desempenho clínico voltado para doenças específicas e instaladas, mas de forma mais ampla: recursos abrangentes, prestação de um pacote de serviços e avaliação das condições de saúde.

Estudos demonstraram que os sistemas orientados pela APS estão associados a custos menores, maior satisfação das famílias e menor uso de medicamentos. Além do que, a estruturação de sistemas de serviços de saúde, fundamentado na APS, é umas das prerrogativas das concepções modernas dos sistemas integrados de serviços de saúde. (MENDES, 2002)

Outro autor também defende a idéia de redes de serviços. Para Cecílio (1997), o sistema de saúde seria mais adequado se pensado como um círculo, com várias portas de entrada, localizadas em vários pontos do sistema e não apenas em uma única base. O autor questiona a idéia de hierarquia tecnológica, e aponta para a necessidade do sistema ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário. Neste sentido a referência para a organização do sistema de saúde seriam as pessoas e suas necessidades e não o modelo assistencial definido.

Cecílio (1997) diz que o modelo de pirâmide, que temos utilizado, propõe um fluxo ordenado de pacientes, organizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades das pessoas sejam tratadas em espaços tecnológicos diferenciados. Segundo o autor, a proposta de regionalização

e hierarquização dos serviços, expressa pelo modelo da pirâmide, foi incorporada como uma espécie de bandeira, adquiriu legitimidade e tem representado todo um ideário de justiça social.

Para Cecílio (1997), algumas razões estão por trás desta questão como a idéia de expansão da cobertura e democratização do sistema, como a de porta de entrada para o sistema de saúde; a de hierarquização dos serviços como estratégia para racionalização do uso e a da proximidade dos serviços de saúde da residência das pessoas. Porém na prática a porta de entrada principal continua nos hospitais e que o perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros apontam para uma maioria de atendimentos de patologias consideradas mais simples que poderiam ser resolvidas nas unidades básicas.

Cecílio (1997, p. 472) diz que “as pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível”.

Cecílio (1997) apresenta algumas explicações para o fracasso do modelo de pirâmide, dentre elas podemos citar:

- os recursos destinados ao setor de saúde têm sido insuficientes até então;
- a atuação do setor privado de forma complementar ao público não tem ocorrido na prática como deveria;
- há ociosidade da rede hospitalar e ambulatorial do setor público quanto à utilização de equipamentos e recursos constituídos muitas vezes pela dificuldade da população em acessar estes serviços;
- falta de clareza suficiente quanto ao papel das unidades básicas;
- falta de estrutura para atender e etc.

O autor aponta a necessidade de discussão quanto a estas fragilidades do sistema de saúde.

Pelo contrário, é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir de movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas. (CECÍLIO, 1997, p. 474).

Para Cecílio (1997), o modelo assistencial em forma de pirâmide traz em si uma série de armadilhas, como a de pensar em fluxos hierarquizados de pessoas. A seu ver, o círculo estaria associado a múltiplas alternativas, abrindo possibilidades de várias entradas e que ao repensarmos o sistema de saúde como círculo, tiramos

o hospital do topo da pirâmide, trazendo a noção de horizontalidade e de redes de serviços.

Repensar o sistema de saúde como círculo pode ser uma ótima estratégia, afinal, para se quebrar a dura hegemonia do hospital e recolocar a rede ambulatorial de serviços em outro patamar de reconhecimento pelos usuários. (CECÍLIO, 1997, p. 478).

Para Contandriopoulos e Hartz (2004), a integralidade remete obrigatoriamente à integração dos serviços por meio de redes assistenciais, pois partimos da premissa de que nenhum dos serviços dispõe da totalidade de recursos ou de competências necessárias para a resolução dos problemas de saúde da população nos seus diversos ciclos de vida.

Os autores afirmam que é indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação para que seja possível uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos.

Essa perspectiva de sistema integrado de saúde tem como representação nuclear uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionados à clínica e a governança às representações e valores coletivos. (CONTANDRIOPOULOS ; HARTZ, 2004, p. 332).

CAPÍTULO 2

PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA

A ciência psicológica vem procurando expandir seu campo de atuação profissional. A cada dia surgem novas áreas de atuação do psicólogo. Encontram-se movimentos de estruturação curricular em vários cursos de psicologia. Os novos currículos contemplam além das áreas tradicionais, como a psicologia clínica, escolar, organizacional e do trabalho, novas áreas, tais como: a psicologia comunitária, institucional, hospitalar, esportiva, forense, saúde coletiva, entre outras.

Devido ao objeto de estudo desta pesquisa, o psicólogo na APS, consideramos relevante apresentar neste capítulo as relações da psicologia com a saúde coletiva, através dos subcapítulos: psicologia social comunitária, saúde mental e reforma psiquiátrica, modelo de saúde mental proposto pelo Ministério da Saúde e dados/ perfil da atuação do Psicólogo no SUS.

2.1 A psicologia social comunitária

A psicologia no Brasil é uma profissão ainda bastante recente, pois teve sua regularização em 1962 trazendo tendências dominantes da Europa e dos Estados Unidos, tanto nas questões da legislação quanto de formação profissional. Esta orientação privilegiou uma atuação bastante ligada à psicologia clínica, com tendências que vigoravam em outras profissões da área de saúde através do modelo de profissional liberal. (VASCONCELOS, 1985).

Não temos tradição de pensar a psicologia dentro de um quadro mais geral de serviços de saúde a serem prestados à população. Ou de sugerir modelos alternativos que abordem a questão da saúde mental de forma mais adequada e acessível ao povo. (VASCONCELOS, 1985, p.21).

Na percepção do autor, mesmo quando novas possibilidades se abrem nas instituições para os psicólogos, eles normalmente não sabem o que fazer na nova situação e acabam ou assumindo atividades que muitas vezes comprometem sua identidade profissional ou tendem a oferecer apenas atendimentos individuais ou a pequenos grupos.

Desde então muitos conceitos e movimentos sociais têm provocado mudanças na forma de pensar e agir dos profissionais da saúde mental e neste contexto de transformação se dá o surgimento da psicologia comunitária. Os próprios movimentos sociais, compreendidos pelos movimentos sindicais, de bairros, das comunidades eclesiais de base, feministas, negros, lançaram provocações quanto à tarefa da construção de ações comunitárias. (VASCONCELOS, 1985)

O autor comenta que a antipsiquiatria trouxe críticas ferozes ao conceito de doença mental, dizendo que a sociedade se sente ameaçada pelo comportamento desviante, e de como a psiquiatria acabava atuando como agente de controle social.

Outro processo fundamental que contribuiu para o aparecimento da Psicologia Comunitária foi o progressivo assalariamento, o achatamento da renda e a conseqüente criação de condições para uma politização crescente dos profissionais de saúde mental. (VASCONCELOS, 1985, p.32).

De acordo com Vasconcelos (1985), se fizermos uma avaliação da implantação da psicologia comunitária no Brasil podemos visualizar três direções. A primeira direção se dá via acadêmica, as faculdades de psicologia incluem a disciplina, copiando os currículos estrangeiros, tendo um viés apenas teórico e nada contextualizado à realidade brasileira.

O segundo direcionamento vem através do movimento popular, das associações de bairros, das creches comunitárias, clube de mães etc.

Na terceira direção podemos visualizar a incorporação da psicologia comunitária por parte das instituições sociais.

Vasconcelos (1985) apresenta uma sistematização comparativa bastante interessante entre as práticas da psicologia tradicional X práticas da psicologia comunitária. Em síntese, podemos dizer da psicologia comunitária:

- tem como ênfase as pessoas enquanto seres sociais;
- tem como seu público prioritário as classes populares;
- busca a integração tanto de recursos curativos como de recursos preventivos;
- utiliza-se de técnicas dirigidas a situações de campo junto aos locais de moradia da população;
- busca a efetiva participação da clientela na definição de prioridades, no planejamento, na execução e na avaliação das atividades.

O autor comenta que para atuar neste campo é necessário ao psicólogo o conhecimento em saúde pública, administração e gestão de serviços.

Vasconcelos (1985) aponta que há carência de quadros conceituais e técnicos para uma atuação em saúde mental que seja compatível com a realidade de cada região, e de que a escolha por recursos metodológicos deve ser feita a partir de uma reflexão crítica, pois a atuação em psicologia comunitária exige do psicólogo o trabalho em equipe multiprofissional e muita flexibilidade. “No contexto popular, a diversidade cultural e a multiplicidade de situações encontradas exigem uma flexibilidade técnica e uma visão crítica muito grande”. (VASCONCELOS, 1985, p. 88).

Ainda de acordo com o mesmo autor, as técnicas de psicologia comunitária se propõem a intervenção dentro do seguinte escopo de atuação:

- ações ligadas diretamente à intervenção em saúde mental com a clientela;
- atividades voltadas à capacitação dos profissionais de saúde para atuar em saúde mental;
- ações administrativas e de gestão de serviços em saúde mental.

A psicologia comunitária nos pede uma visão mais crítica e uma ampliação do campo de atuação. Ela nos cobra uma abordagem mais preventiva, manipulando variáveis mais amplas, sociais e institucionais. Ela reivindica a ação participativa dos usuários e funcionários das instituições na resolução dos problemas e na atuação sobre a saúde mental. (VASCONCELOS, 1985, p. 44).

É pertinente contextualizar que o autor escreveu em 1985 antes mesmo da Carta de Ottawa (1986) e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS (1988).

Segundo Lane (1996), na década 1960, vamos encontrar como rótulo de psicologia comunitária, práticas voltadas principalmente a:

- saúde mental unindo vários profissionais de saúde como psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais;
- educação popular com a participação de psicólogos, pedagogos, sociólogos e assistentes sociais.

Diante desse quadro de práticas diversificadas e da falta de referenciais teóricos consistentes, em 1980, foi criada a Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO, considerada como um marco para a construção de uma psicologia social crítica e comprometida com a realidade concreta da população.

Nos anos 1990, houve expansão de trabalhos dos psicólogos junto a vários setores e segmentos da população. Com a denominação de psicologia na comunidade, encontramos práticas desenvolvidas em postos de saúde, em Secretarias de Bem-estar Social, em Conselhos Tutelares, e outros espaços institucionalizados. Para Freitas (1996), esta expansão aconteceu dentro de um quadro variado de práticas e de referenciais teóricos.

É interessante apresentar as diferenças entre os termos psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia social comunitária. A psicologia na comunidade recebeu esta identificação em uma época de crise em relação aos modelos importados e alheios à realidade brasileira, em que era necessário o psicólogo sair dos consultórios, escolas, empresas e realizar práticas na comunidade. A partir dos anos 1990, é que se começou a utilizar o termo psicologia da comunidade, quando, geralmente, o psicólogo estava ligado a alguma instituição.

Assim, os trabalhos realizados – com diversas temáticas, situações e embasamentos teóricos e orientações metodológicas – defendiam que fosse desenvolvida uma psicologia menos acadêmica, menos intelectualizada, mais identificada com a população, permitindo que ela tivesse acesso aos serviços de saúde, que o profissional de psicologia poderia e deveria prestar, visto que é um direito de qualquer cidadão. (FREITAS, 1996, p. 73).

Posteriormente, aparece o termo psicologia social comunitária, que utiliza-se do referencial teórico da psicologia social, privilegiando o trabalho com grupos e colaborando para o desenvolvimento de uma consciência crítica.

Para contribuir com uma vida psicológica mais saudável, é necessário que o trabalho a ser desenvolvido ultrapasse a esfera do individual e do particular, ao mesmo tempo em que adquira uma perspectiva de apreensão da realidade [...] podendo então apreender a vida real e concreta das pessoas. (FREITAS, 1996, p. 76).

Concordamos com Freitas (1996), quando diz que é nesse contexto concreto que as práticas na comunidade deveriam ser construídas, as quais pudessem colaborar na construção da identidade e no desenvolvimento de uma consciência crítica das pessoas, em que possam se dar práticas e intervenções de qualidade para responder às diversas demandas existentes na comunidade.

Segundo Lane (1996), as diversas experiências comunitárias apontam para a importância do grupo como condição para o conhecimento da realidade comum, auto-reflexão, ação conjunta e organizada. O psicólogo na comunidade trabalha

fundamentalmente com a linguagem e representações, com relações grupais – o vínculo essencial entre o indivíduo e a sociedade – e com as emoções e afetos próprios da subjetividade.

2.2 Saúde mental e reforma psiquiátrica

Ao final dos anos 70, surgem vários movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e uma forte crítica ao modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico.

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações nas práticas, nos saberes e diante dos valores culturais e sociais em torno da “loucura”, mais especificamente em relação às políticas públicas intuídas até então. Diz respeito a um processo político e social, composto por vários atores e instituições sociais. (BRASIL, 2007)

A psicologia tem se juntado a este movimento de mudança e o psicólogo se mostra como um dos vários atores deste processo.

Lancetti (2001) propõe uma síntese metodológica bastante interessante quanto a diretrizes para os programas de saúde mental:

- todas as ações devem ser pautadas pelo conceito de cidadania, o paciente antes de tudo é um cidadão;
- o adoecer não é constituído apenas pelo sofrimento físico e mental, estão relacionadas também às condições ambientais, sociais, mentais e somente produzindo mudanças nestas esferas é que poderão ter os impactos desejados;
- diversas experiências de sofrimento acontecem em territórios determinados, na família, na comunidade, e partindo desta concepção os processos de promoção da saúde mental devem ser trabalhados também nestes territórios;
- o paciente é o grupo familiar, a escuta, o acolhimento e as intervenções devem ser orientadas para a família;
- devem ser prioridade o atendimento às famílias que estiverem com maior dificuldade e vulnerabilidade;
- a responsabilidade pelos cuidados das famílias deve ser compartilhada tanto pela equipe de saúde mental como pela equipe de saúde da família;

- devem ser realizadas reuniões entre as equipes para discussão de casos tendo como base o prontuário de cada grupo familiar, onde serão elaborados programas de saúde mental para cada grupo familiar;
- devem ser realizadas parcerias para operar os processos de reabilitação psicossocial;
- necessidade de capacitação continuada das equipes de saúde mental e da saúde da família.

A psicologia social comunitária e o movimento da reforma psiquiátrica, com uma nova proposta em saúde mental, trazem vários elementos congruentes com os conceitos e particularidades da APS bem como apontam para a construção do papel do psicólogo, em que psicologia e a APS possam estar articuladas.

Os subcapítulos 2.3 e 2.4, apresentam o modelo de saúde mental proposto pelo Ministério – onde uma das atividades é na atenção básica - e panorama geral em que se encontram estes serviços. Estes dados são importantes no sentido de contextualizar a saúde mental.

2.3 Modelo de saúde mental proposto pelo Ministério

Encontramos no Relatório de Gestão 2003 a 2006 - Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção (Brasil) 2007 um relato quanto aos avanços e as dificuldades em relação ao processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental, a partir das ações propostas pelo Ministério da Saúde que vêm como os serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental.

Segundo relatório de Brasil (2007), a rede de saúde mental é complexa e diversificada e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços.

Abaixo, apresentamos os serviços que compõem a rede de atenção de base comunitária conforme Brasil (2007):

- **centros de atenção psicossocial:** são serviços de saúde municipais, que oferecem atendimento às pessoas com transtornos mentais graves. Tem como função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando

internações nos hospitais psiquiátricos; promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais, também tem o papel de dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica;

- **os ambulatórios de saúde mental:** prestam assistência às pessoas com transtornos mentais menores – cerca de 9% da população, são referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia;
- **centros de convivência e cultura:** são dispositivos públicos que fazem parte da rede de atenção substitutiva em saúde mental. Oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, integração e produção cultural;
- **residências terapêuticas:** são locais destinados a responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, de hospitais de custódia ou que estejam em situação de vulnerabilidade;
- **hospitais-dia:** foi uma das primeiras estratégias do SUS para garantir o cuidado em meio aberto às pessoas com transtornos mentais. Segundo relatório, muitos hospitais-dia vêm se transformando em centros de atenção psicossocial.
- **saúde mental na atenção básica:** as Equipes Matriciais de Referência. O “matriciamento” consiste em ações de supervisão, de atendimento compartilhado e de capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes da atenção básica.

Uma Equipe de Referência em Saúde Mental, sediada ou não em um Caps, deve ser responsável pelo acompanhamento matricial de seis até nove equipes do PSF ou da atenção básica em geral. Sobretudo nos pequenos municípios, a responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território deve ser compartilhada entre as equipes de referência em Saúde Mental e equipes da Atenção Básica, excluindo a lógica do encaminhamento e visando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica devem ser consideradas estratégicas para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool,

outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. (BRASIL, 2007, p. 57).

A Portaria Ministerial nº 154, de janeiro de 2008, cria o NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, melhorar a qualidade e a resolubilidade da atenção a saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Estes núcleos de apoio são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuarão em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família. Cabe ressaltar que os núcleos não se constituem como portas de entrada para o sistema de saúde, o núcleo prevê a responsabilização compartilhada entre as equipes de Saúde da Família alterando as práticas do encaminhamento. Os núcleos devem funcionar em horário coincidente com os das equipes de Saúde da Família com carga horária é de 40 horas semanais para cada profissional que faz parte da equipe. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Os NASF estão classificados em duas modalidades. O NASF 1 deverá ser composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior dentre ocupações: Médico: Acupunturista, Ginecologista, Homeopata, Pediatra e Psiquiatra, Assistente Social, professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior, tendo as seguintes ocupações: Assistente Social, professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. A composição de cada um dos NASF deve ser definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais. A portaria ressalta que tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada núcleo conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

No documento encontramos as ações que são de responsabilidade de todos os profissionais que compõem o núcleo:

- identificar em conjunto com as equipes de ESF e comunidade as atividades ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar em conjunto com as ESF e comunidade, o público prioritário para cada uma das ações;

- atuar de forma integrada e planejada nas atividades desenvolvidas pelas ESF;
- construir coletivamente ações que se integrem a outras políticas sociais;
- promover a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades do núcleo;
- avaliar o desenvolvimento e implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo;
- elaborar projetos terapêuticos individuais em conjunto com a equipe de ESF.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, os NASF devem integrar-se a esta rede de cuidados organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

De acordo com a Portaria Ministerial nº 154, a área de saúde mental contempla as seguintes atividades:

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as equipes ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio e situações de violência intrafamiliar;
- discutir com as equipes de ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- criar em conjunto com a ESF estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas;
- evitar práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais;
- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não manicomial;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade;
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental;

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio.

2.4 Dados e perfil de atuação do Psicólogo no SUS

Conforme comentamos anteriormente, consideramos relevante relacionar as ações de saúde propostas pelo ministério versus o panorama geral de atuação. Encontramos estes dados no relatório final de pesquisa - a psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica, que fez parte do Projeto Coletivo de Cooperação Técnica da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia- ABEP e o Ministério da Saúde coordenada por Spink (2006).

De acordo com os resultados da pesquisa o número de estabelecimentos de saúde é de 140.725, sendo que destes somente em 9.215 existem psicólogos com vínculos no SUS, temos uma média então de 6,55% de estabelecimentos de saúde que têm profissionais de psicologia. Isto mostra que é ainda muito pequena a inserção do psicólogo na saúde coletiva.

Em relação às atividades desenvolvidas pelos psicólogos, encontramos em primeiro lugar os atendimentos individuais com 42,1%; seguido de acompanhamentos e acolhimentos com 13,4%; em terceiro lugar com 10,4% para atendimentos em grupo e 5,9% para visitas, seguidos de coordenação administrativa com 4,1%, aconselhamentos com 3,8%, avaliação psicológica 3,5% bem como de outras atividades com percentuais menores.

As considerações finais do relatório apontam, segundo Spink (2006) p. 66:

Começamos com a psicologia. Os dados sobre a prática profissional e produção atestam, antes de tudo, para a conhecida diversidade desse campo de saber. Mesclam-se aí áreas e sub-áreas cada qual com seus referenciais teóricos e com suas práticas específicas. Reinterpretar a diversidade no âmbito da prática em Serviços de Saúde já seria, por si só, uma tarefa árdua. Mas fazê-lo no terreno movediço de uma Política de Saúde ainda em processo de implantação torna a tarefa ainda mais difícil.

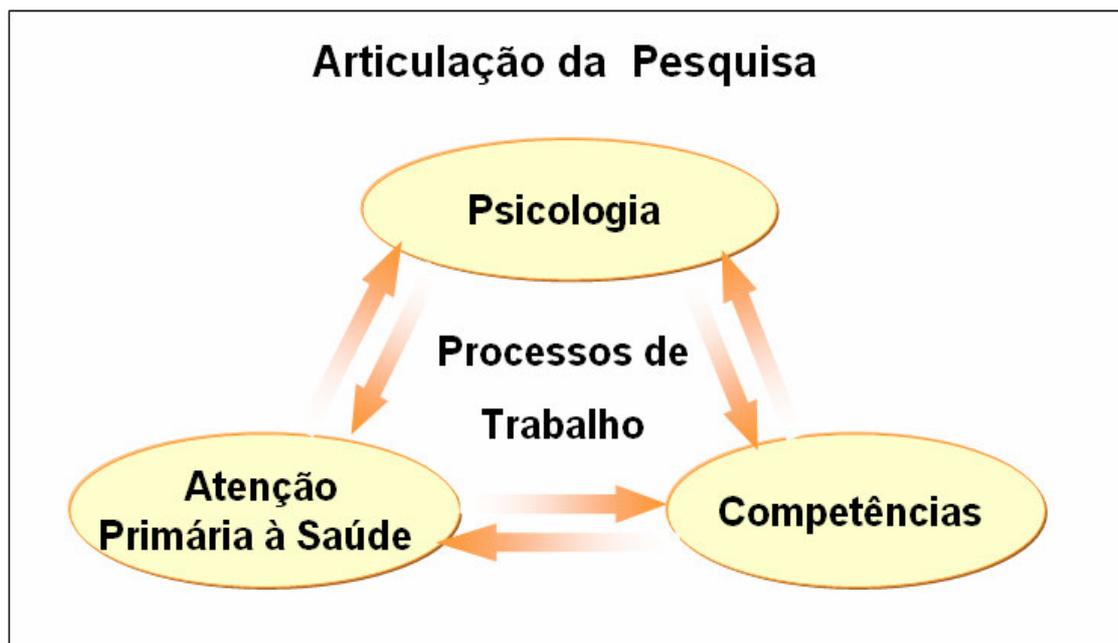
De acordo com Spink (2006), três dificuldades se fazem presentes e estão relacionadas a um quadro de problemáticas: uma está relacionada à trajetória histórica de inserção dos psicólogos em serviços de saúde, outra diz respeito à

saúde coletiva ser um campo transdisciplinar, e a terceira ordem de dificuldade seria decorrente do desafio em colocar o princípio da integralidade em prática.

CAPÍTULO 3

COMPETÊNCIAS E PROCESSO DE TRABALHO

Através do olhar das competências serão analisados os processos de trabalho do psicólogo na APS. A figura 01 mostra a relação dinâmica tendo como eixo central os processos de trabalho e sua interface com a psicologia, APS e competências.



Fonte: o autor

Figura 1: Articulação da Pesquisa

3.1 Competências

O conceito de competência tem ocupado grande destaque no meio acadêmico e empresarial, muitos são os artigos e pesquisas que tratam do tema.

Concordamos com Perrenoud (2000), quando afirma que competência pode ser compreendida como a capacidade do indivíduo em articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes na busca de resoluções de problemas ou pelo enfrentamento de uma situação específica em um determinado contexto. A combinação entre a experiência, o ambiente, e as capacidades individuais irá permitir diferentes formas de aprender a lidar com as situações cotidianas.

Para Perrenoud (1999), quase toda ação mobiliza conhecimentos, algumas vezes elementares e esparsos, outras vezes complexos e organizados. Por exemplo, conhecimentos bastante profundos são necessários para analisar um texto e reconstituir as intenções do autor; traduzir de um língua para outra, fazer um relatório, planejar uma aula.

As competências clínicas de um médico vão muito além da memorização precisa e de uma lembrança oportuna de teorias pertinentes. Nos casos em que a situação sair da rotina, o médico é exigido a fazer relacionamentos, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se ao vivo, em função tanto de seu saber e de sua perícia quanto de sua visão da situação (PERRENOUD, 1999).

O autor comenta que, além da perícia, supõe-se também a necessidade de atitudes e posturas mentais, como a curiosidade, a paixão, a busca de significado, o desejo de tecer laços, a relação com o tempo, a maneira de unir intuição e razão, cautela e audácia, que nascem tanto da formação como da experiência das pessoas.

Parece que a vida nos coloca com maior ou menor freqüência, conforme nossa idade e condição ou mesmo em virtude de nossas escolhas, frente a diversas situações novas que procuramos dominar, lançando mão de nossa experiência.

A ação competente é uma “invenção bem-temperada” uma variação sobre temas parcialmente conhecidos, uma maneira de reinvestir o já vivenciado, o já visto, o já entendido ou o já dominado, a fim de enfrentar situações inéditas o bastante para que a mera e simples repetição seja inadequada. As situações tornam-se familiares o bastante para que o sujeito não se sinta totalmente desprovido (PERRENOUD, 1999).

A respeito de se construir as competências desde a escola, Perrenoud (1999) diz que se a abordagem por competências não passar de uma linguagem da moda, ela modificará apenas os textos e será rapidamente esquecida. Mas se a sua ambição for de transformação de práticas, não poderá economizar um debate sobre o sentido e as finalidades da escola e construir competências desde a escola requer “paciência e longo tempo”.

3.2 O desenvolvimento de competências e os quatro pilares de educação

Delors (2000) aponta como principal consequência da sociedade do conhecimento a necessidade de uma aprendizagem ao longo da vida, e que o conhecimento está sustentado em quatro pilares, aprendizagens: o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser.

Segundo o autor, o aprender a conhecer é descobrir, construir e reconstruir o conhecimento; o aprender a fazer é a possibilidade de enfrentar novas situações, dar conta dos problemas cotidianos; o aprender a conviver é a arte de relacionar-se, de cooperar, de ser solidário; o aprender a ser leva em conta o conhecer-se, o resgate das potencialidades do ser como a capacidade de fazer-se, de construir-se a cada dia.

A educação deve transmitir, de fato, de forma maciça e eficaz, cada vez mais saberes e saber-fazer evolutivos, adaptados à civilização cognitiva, pois são as bases das competências do futuro. Simultaneamente, compete-lhe encontrar e assinalar as referências que impeçam as pessoas de ficar submergidas nas ondas de informações, mais ou menos efêmeras que invadem os espaços públicos e privados e as levem a orientar-se para projetos de desenvolvimento individuais e coletivos. (DELORS, 2000, p. 89).

No aprender a conhecer, o primeiro pilar, Delors (2000) comenta que o aumento dos saberes permite compreender o ambiente sobre os diversos aspectos e estimula o senso crítico permitindo uma melhor compreensão do real, mediante a aquisição de autonomia. Muitas vezes o especialista fica fechado em sua própria ciência e corre o risco de se desinteressar, menosprezar pelo fazer do outro.

Para o autor, o aprender a conhecer é antes de tudo aprender a aprender, através do exercício da atenção, da memória e do pensamento. O processo de aprendizagem nunca se acaba e pode ser enriquecido por qualquer experiência, para tal é necessário aproveitar e explorar todas as ocasiões de se atualizar e aprofundar os conhecimentos.

O segundo pilar, o aprender a fazer, está mais ligado à questão da formação profissional. O progresso técnico modifica as qualificações exigidas para os novos processos de produção; as tarefas puramente físicas vêm sendo substituídas por tarefas mais intelectuais (DELORS, 2000).

O terceiro pilar, o aprender a viver com os outros, segundo Delors (2000) é, sem dúvida, um dos maiores desafios da educação. A educação deve num primeiro nível levar a descoberta progressiva do outro, tem por missão levar as pessoas a tomar consciência das semelhanças e da interdependência entre todos os seres

humanos. Num segundo nível, a educação deve propiciar experiências de participação em projetos comuns, levando as pessoas a valorizarem aquilo que é comum e não as diferenças individuais.

Para o aprender a ser, o quarto pilar, a comissão Internacional sobre a educação para o século XXI reafirmou um princípio fundamental:

A educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa – espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade. Todo ser humano deve estar preparado, especialmente graças à educação que recebe na juventude, para elaborar pensamentos autônomos e críticos e para formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida. (DELORS, 2000, p. 99).

Delors (2000) afirma que a formação acadêmica tem dado muita ênfase no aprender a conhecer e a fazer. A educação deve ser compreendida como um processo mais amplo, ampliando para o aprender a conviver e a ser, estimulando o convívio entre as pessoas e a realização pessoal. Os quatro pilares da educação, não se apóiam em apenas uma fase da vida, cada pessoa ao longo de sua vida vive cercada de aprendizagens significativas.

A educação ao longo de toda vida é uma construção contínua da pessoa humana, do seu saber e das suas aptidões, mas também da sua capacidade de discernir e agir. Deve levá-la a tomar consciência de si própria e do meio que a envolve e a desempenhar seu papel social que lhe cabe no mundo do trabalho e na comunidade. (DELORS, 2000, p. 106).

Relacionando os quatro pilares da educação para o século XXI e aprendizagem ao longo da vida, é fundamental o desenvolvimento de políticas que contemplem a educação permanente nos espaços de saúde, há de se criar espaços para atualização e trocas de experiências.

3.3 Desenvolvimento de competências - um processo educativo

A educação não deve se limitar a uma aquisição mecânica de conhecimentos, a um não-pensar, a um não-agir, mas a um constante esforço de compreender a vida e reconstruir a sociedade. A educação deve levar as pessoas à reflexão, a pensar e a agir por si próprias.

O papel da educação não deve se limitar a uma mera transmissão de conhecimentos. Como educadores, nosso papel não é o de impor conhecimentos, experiências, mas sim buscar um processo de discussão e reflexão diante dos fatos. Encontrar um método participativo, com a possibilidade de as pessoas trazerem seus conhecimentos e experiências, no qual o sujeito seja levado a experimentar, a fazer, a realizar descobertas, a comparar, a compartilhar vivências, a desenvolver no educando a liberdade de ouvir, de contribuir, de respeitar, de questionar.

Para Assmann (1998), o processo de aprender acontece ao longo da vida, não se aprende somente com o cérebro e somente na escola. O aprender não pode se resumir a uma apropriação dos saberes acumulados da humanidade.

Segundo Assmann (1998, p.12), “processos cognitivos e processos vitais se encontram. São expressões da auto-organização, da complexidade e da permanente conectividade de todos com todos em todos os momentos e em todas as etapas do processo evolucionário”.

Cada ser vivo para existir e viver tem que se flexibilizar, se adaptar, interagir, tem que se fazer em um ser “aprendente”. Os processos de aprendizagem são amplos e acontecem a todo o momento.

Ainda, para Assmann (1998, p. 12), “o termo ‘aprendizagem’ deve ceder lugar ao termo ‘aprendência’, que traduz melhor, pela sua própria forma, este estado de estar-em-processo-de-aprender, esta função do ato de aprender que constrói e se constrói [...]”.

O problema é que associamos a aprendizagem apenas aos aspectos da educação formal, associamos aprendizagem apenas com a escola, universidade, cursos, e não a inserimos em nosso cotidiano. O mundo é um campo de aprendizagem, somos seres de relação, nossas relações sempre estão nos propiciando novas reflexões, exigem novos conhecimentos e experiências.

Pode-se dizer que:

- a dinâmica da vida e a do conhecimento estão unidas;
- o prazer é como um dinamizador do conhecimento.

É preciso substituir a pedagogia das certezas e dos saberes pré-fixados por uma pedagogia da pergunta, do melhoramento das perguntas e do “acessamento” a informações. Em suma, por uma pedagogia da complexidade, que saiba trabalhar com conceitos transversáveis, abertos para a surpresa e o imprevisto. (ASSMANN, 1998).

O que se deseja enfatizar é que a aprendizagem ocorre por meio de uma multiplicidade de métodos, porém não somente através dos processos formais utilizados como cursos, aulas, palestras. A aprendizagem ocorre também através de situações informais, mediante situações de nosso cotidiano, experiências pelas quais passamos tanto no trabalho quanto na vida pessoal.

O ambiente no qual estamos também poderá ser um facilitador das experiências de aprendizagem, mesmo que ela dependa das ações do próprio indivíduo.

A cada contato que temos com o outro estamos, constantemente, avaliando nossos padrões, nosso modo de fazer e ver as coisas; a interação por si só já é um momento de aprendizagem. Porém, temos que estar abertos a reflexões contínuas e deixar que as mudanças ocorram.

O mundo do trabalho vai se modificando, a necessidade de aprender de forma eficiente e rápida também vai crescendo; o que fazíamos há cinco anos já não dá conta da realidade de hoje, precisamos estar continuamente aprendendo. Porém, para que ocorra aprendizagem, é preciso ter um motivo para isso; as pessoas aprendem quando têm desejos, sejam esses: aumentar a sua competência, desenvolver novas habilidades, melhorar sua qualidade de vida, entre outros.

O desenvolvimento de competências passa por esse processo de aprendizagem, adquirimos conhecimentos, habilidades e mudamos nossas atitudes dentro deste fluxo contínuo.

Para desenvolver competências, a concepção de educação deve ser crítica, sendo necessário criar mecanismos de aprendizagem ligados ao contexto e necessidades das pessoas envolvidas.

Partindo destas reflexões, o desenvolvimento de competências do psicólogo para os processos de trabalho na APS deve ser permeado pela criticidade, pelo constante movimento de construir e reconstruir, onde antigas práticas possam ser questionadas e dêem lugar a novos processos de trabalho.

3.4 As competências e processos de trabalho

Na visão de Ropé e Tanguy (1997), o termo competência apresenta-se como uma dessas noções cruzadas, cuja opacidade semântica favorece seu uso em lugares diferentes por agentes com interesses diversos.

Para Ropé e Tanguy (1997), os discursos sobre as competências multiplicaram-se no mundo das empresas como em outras esferas da sociedade. As autoras fazem uma analogia entre as técnicas utilizadas nas empresas com objetivos de identificar e de avaliar as competências, e aquelas utilizadas na instituição escolar para definir os saberes a transmitir e avaliar sua aquisição.

Para concluir, parece-nos necessário salientarmos novamente as similitudes de mudanças ligadas ao uso do termo competências na esfera educativa e na esfera profissional. De um lado, deseja-se passar de um sistema de ensino centrado sobre os saberes no seio de ramificações escolares para um sistema de aprendizagem centrado no aluno, ator de sua trajetória escolar no momento em que, de outro lado, passa-se de uma organização produtiva no seio da qual podia-se ou não desenvolver uma carreira para uma organização valorizante criadora de competências para o indivíduo assalariado, no decorrer de sua trajetória profissional: em ambos os casos, observa-se uma procura obstinada de individualização. (ROPÉ; TANGUY, 1997, p. 194).

Segundo as autoras, os modelos utilizados tanto nas escolas como nas empresas não levam em conta os aspectos históricos e coletivos.

Encontramos em Ribeiro e Lima (2003) uma concepção aproximada de Ropé e Tanguy quando as autoras comentam que a prática profissional deve incluir o desenvolvimento de experiências de ensino-aprendizagem que possam promover a contextualização do conhecimento e a aprendizagem significativa rompendo com o modelo individualista.

A abordagem de competência proposta por Ribeiro e Lima (2003) considera a historicidade dos indivíduos e seu papel como atores de mudanças sociais as quais se contrapõem às visões que consideram a aprendizagem apenas como fonte de adaptação dos indivíduos a uma ocupação. A competência profissional deste ponto de vista refere-se às formas e aos meios pelos quais as pessoas contribuem pela apropriação de sua profissão, para reproduzir ou transformar esta ocupação.

A competência se inscreve, assim, como uma função de qualificação social da pessoa e de regulação das relações entre os processos de constituição das capacidades individuais (desenvolvimento afetivo, cognitivo, de habilidades; aprendizagens escolares e profissionais) e a reprodução e a transformação das organizações sociais que

dependem da atividade de seus membros. (RIBEIRO; LIMA, 2003, p. 48).

Lima (2005) traz a proposta de concepção dialógica de competência que reconhece e considera a história das pessoas nos seus processos de reprodução ou transformação dos saberes e valores que irão legitimar os atributos e resultados esperados num determinado campo profissional como de compreender a noção de competência como uma construção social de caráter reflexivo.

A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional. Assim diferentes combinações podem responder aos padrões de excelência que regem esta prática profissional, permitindo que as pessoas desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais familiares ou não-familiares. (LIMA, 2005, p. 372).

Segundo a autora, esta abordagem somente pode ser construída através do diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, onde as práticas são desenvolvidas. A abordagem dialógica de competência pressupõe a transferência da aprendizagem baseada em conteúdos para uma aprendizagem que esteja voltada na integração entre a teoria e a prática. A utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional poderá garantir aproximação da aprendizagem ao mundo do trabalho, favorecendo a construção de novos saberes.

Lima (2005) considera um desafio poder participar da construção do novo perfil profissional para as carreiras da área da saúde vislumbrando possibilidades e oportunidades de transformação nas práticas profissionais.

A autora afirma que a abordagem dialógica de competência possibilita:

- a reflexão sobre as práticas profissionais;
- o diálogo entre os mundos da escola e do trabalho;
- e orientar os currículos em torno de eixos que articulam e integram teoria e prática, capacidades e ações, contextos, critérios.

Estas questões são fundamentais, o modelo de competências a ser utilizado nesta pesquisa deve contemplar as concepções propostas por Lima, possibilitando reflexões sobre as práticas profissionais dos psicólogos na saúde coletiva e o diálogo entre o mundo acadêmico e do trabalho.

É um desafio poder contribuir para a construção do papel do psicólogo na APS, descrevendo competências e com isso poder vislumbrar possibilidades e oportunidades de transformação de práticas profissionais.

3.5 Reflexões sobre as competências do Psicólogo na APS

Scorsafava (2004) diz que a formação profissional desempenha um papel fundamental na determinação dos modelos de atuação e que a busca de novas alternativas exige correspondente desenvolvimento de novos suportes teórico-metodológicos implicando em alterações substantivas na formação do psicólogo.

Pensar a atuação do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família, ou seja, nas instituições públicas de saúde destinadas à Atenção Primária à Saúde não é uma tarefa fácil até porque o tempo de inserção desse profissional nessas instituições públicas de saúde é relativamente pequeno e há um contingente reduzido de profissionais atuando nesta área, apesar de vir aumentando gradativamente, inexistem pesquisas mais sistemáticas, tanto nacionais quanto locais, sobre a atuação do psicólogo nesse campo específico de trabalho. (SCORSAFAVA, 2004, p. 45).

Para Scorsafava (2004) as dificuldades para a inserção da psicologia na ESF são oriundas tanto da inadequação da formação acadêmica para o trabalho no setor público como da dificuldade deste profissional em adaptar-se às dinâmicas condições de perfis exigidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Moré e Macedo (2006) trazem reflexões importantes quanto ao papel do psicólogo na saúde coletiva.

[...] para realização de qualquer atividade do psicólogo na comunidade torna-se necessário o desenvolvimento de uma "postura interdisciplinar", entendida como uma condição de humildade ao nível profissional e pessoal, para saber aceitar e escutar os saberes que se conjugam numa unidade de saúde, sejam os da equipe em que o psicólogo trabalha como também o saber comunitário. (MORÉ; MACEDO, 2006, p. 71).

Dimenstein (2001) comenta que, ao longo do tempo o modelo curativo e assistencialista, foi se consolidando dentro da categoria dos psicólogos, tornando-se o paradigma hegemônico da profissão. A maioria dos cursos de graduação formou profissionais que atualmente encontram dificuldades em superar as práticas

cristalizadas e adaptar-se às novas demandas e exigências de responsabilidade social, aos princípios da qualidade, da ética e da cidadania.

Ou seja, as práticas dos psicólogos não estão norteadas no sentido de construção da cidadania, espaço onde os sujeitos reconhecem, respeitam e convivem com as diversidades dos outros. Além disso, são práticas que não rompem com o esquema tradicional do setor nem oferecem resistência ao enfraquecimento das políticas públicas de saúde mais equalizadoras que se quer concretizar no SUS. (DIMENSTEIN, 2001, p. 61).

A autora traz outra reflexão bastante pertinente em relação às competências conceituais.

Observamos que a postura do psicólogo que trabalha na saúde coletiva ainda não vem sendo devidamente questionada dentro da própria categoria em termos da sua adequação e efetividade social. Há uma crença na eficácia intrínseca da teoria e da técnica, de maneira que os profissionais não se sentem impulsionados a construir referenciais próprios em busca de uma prática mais contextualizada, ou pelo menos, a questionar o transplante de modelos teóricos e operativos oriundos de outras realidades e outros tipos de clientela. (DIMENSTEIN, 2001, p. 2).

A autora acredita que os psicólogos precisam incorporar uma nova concepção de prática profissional. Isso implica em romper com o corporativismo, com as práticas isoladas e a identidade profissional hegemônica fortemente vinculada à psicoterapia.

Para Lima (2005), a clínica tradicional é caracterizada pelos seguintes aspectos:

- ênfase na oferta de terapia individual ou grupal;
- maior familiaridade do profissional com a clientela proveniente de segmentos sociais mais favorecidos;
- ênfase na dimensão intra-individual dos pacientes, com evidência nos processos psicológicos e psicopatológicos;
- a percepção do indivíduo como abstrato.

A formação dos profissionais que atuam na saúde coletiva deve levar em consideração esses aspectos, desenvolvendo competências para atuar com as famílias na resolução de problemas e na promoção da saúde.

Os capítulos seguintes apresentam questões referentes à coleta e análise de dados da pesquisa, sendo que no capítulo 4, descrito a seguir, apresentamos um quadro de competências à luz da análise de documentos técnicos.

CAPÍTULO 4

DOCUMENTOS TÉCNICOS

Este estudo teve como proposta a triangulação dos dados através da: análise técnica documental sobre a atuação do psicólogo relacionada à saúde coletiva; entrevistas com especialistas professores e pesquisadores com interface na área da psicologia e da saúde coletiva; e a observação das práticas de psicólogos que atuam na área de saúde coletiva. Neste capítulo será abordada a análise técnica documental.

Segundo Lüdke e André (1986), a análise documental é uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos. São considerados documentos materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano. A primeira decisão é a caracterização do tipo de documento que será utilizado. Os documentos podem ser classificados em oficiais, técnicos e pessoais. A escolha de documentos não deve ser aleatória, há de se ter propósitos, idéias ou hipóteses que guiem a sua seleção. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986)

A análise documental é um método de pesquisa que prevê a apropriação de textos descritos por terceiros que podem ser encontrados em livros, artigos, relatórios, pesquisas, relatos de experiência.

Nesta pesquisa, será utilizada a análise documental técnica, tendo como área temática as competências do psicólogo para o processo de trabalho na APS. Um dos critérios que permeou a escolha dos documentos técnicos foi buscar relatos de experiências onde pudessem ser extraídas as categorias de competências operacionais, foram analisados nove documentos.

Fases que foram seguidas na realização da análise técnica documental:

- Escolha do material: artigos, relatórios, livros de onde foram extraídas categorias de competências;
- Pré-análise: organização do material, definição das unidades de registro, unidades de contexto, leitura flutuante de todo material;
- Categorização: definição das categorias, palavras e expressões, o simbólico, o temático;
- Classificação: agrupamento temático de categorias;

- Análise inferencial: interpretação das fases anteriores, contextualização, as contradições, relação com o geral etc.

As categorias de competências serão apresentadas através das unidades de registro que serão apresentadas, diferenciando-se das citações literais, com fonte em itálico, emprego de aspas e recuo de 2 cm da margem esquerda. Cada unidade de registro trará o documento ao qual pertence, que serão especificados utilizando-se a letra D (documento) e a numeração seqüencial em algarismos arábicos correspondente ao documento consultado. Considerar os grifos nos documentos como grifo nosso.

Neste capítulo, serão descritas as categorias de competências encontradas na análise documental e a discussão dos dados, onde a pesquisadora se propõe a fazer a análise inferencial dos dados encontrados.

4.1 Competências Operacionais

4.1.1 Atenção à Saúde

Nas competências operacionais, foram agrupadas as categorias que dizem respeito aos processos de trabalho de atenção à saúde da população. Estes processos de trabalho na visão da pesquisadora são as atividades fins dos serviços de saúde.

✓ **Territorialização**

Um dos processos de trabalho é a territorialização. Pelos relatos percebemos que a territorialização em alguns casos foi a fase inicial de trabalho dos psicólogos, sendo que a partir dela, foram definidas as atividades a serem realizadas em cada local.

“A Residência teve início no mês de junho de 2005. Os três meses iniciais, junho, julho e agosto, foram dedicados ao processo de

territorialização através do qual foi possível investigar as características e principais demandas da população”. (D 1)

“Nesse contexto, o primeiro passo da psicologia foi desenvolver uma proposta de inserção na ESF junto à preceptoría de especialidades cujo objetivo seria: implantar o serviço de psicologia na ESF de Sobral, delinear as práticas dos psicólogos na ESF e construir o perfil profissional nessa nova atuação. Para isso, foi realizado um diagnóstico nas unidades de saúde com os profissionais e nos **territórios** para conhecer a realidade da comunidade e suas demandas”. (D 2)

“Identificar a demanda e os recursos sociais existentes no **território** para traçar estratégias que incorporem com qualidade a saúde mental na atenção básica”. (D 2)

“Identificar e aplicar os mecanismos de **territorialização** adequados a um determinado entorno”. (D 2)

Em alguns relatos, percebemos que o processo de territorialização não foi realizado pelo psicólogo, o mesmo não participou tendo apenas se utilizado dele para planejar suas atividades.

“Buscou-se fazer uma análise dos principais motivos de procura ao serviço e de quais transtornos mentais eram mais predominantes em cada **território**. Esse mapeamento deu-nos subsídio para elaborarmos estratégias de intervenção nos **territórios** buscando ações de prevenção e promoção à saúde mental do indivíduo em sua comunidade”. (D 2)

“Diagnosticar as expressões de violência existentes nos **territórios**”. (D 2)

“Nessa modalidade ainda podem ser contemplados grupos que emergem como resultados da **territorialização** na comunidade, ou seja, do diagnóstico das necessidades da população pela equipe de saúde da unidade”. (D 3)

“Aplicar apropriadamente um conjunto de ações múltiplas e intersetoriais em promoção da saúde no seu **território**, com base em metas estabelecidas conjuntamente”. (D 2)

Foram agrupadas ainda dentro da atividade de territorialização ações que mostram ter os mesmos objetivos, porém que apareceram através de outros termos.

“Este exercício de construir e desconstruir a prática fundamentou a construção de uma proposta de sistematização de um modelo de intervenção psicológica, tendo como referência de atuação a Unidade Básica de Saúde da comunidade, com o intuito de tornar o conhecimento

e a linguagem psicológica mais palpável e coerente com a **realidade da clientela** a ser atendida, permitindo, assim, um trabalho psicológico de promoção da saúde efetivo e eficiente”. (D 3)

“Conhecer o **contexto e a história** da comunidade na qual realizamos o trabalho é, de certo modo, reconhecer, em parte, as características da demanda e a realidade na qual trabalhamos”. (D 3)

“Num primeiro momento, foi realizado um levantamento do **perfil da clientela** atendida pelo serviço de psicologia no CAPS (sexo, idade, profissão, estado civil, etc.) através de um questionário de avaliação do fluxo de Serviço de Psicologia”. (D 2)

“Preconiza-se uma média abaixo de 3 atendimentos por usuário, pois o objetivo maior do Serviço de Saúde Mental é justamente resolver, no âmbito da Atenção Básica, o maior número possível de problemas trazidos pela **população adstrita**”. [sic] (D 1)

“O município de Bonito no Mato Grosso do Sul ao implantar o Programa de Saúde da Família, estrategicamente, o fez com a participação de um profissional psicólogo, cuja atuação permeou todo o processo de implantação, desde o **cadastramento** e a sensibilização das famílias, o apoio psicológico aos profissionais frente ao novo ambiente e processo de trabalho e a realização do diagnóstico comunitário”. (D 5)

No documento 2, encontramos uma preocupação de que as ações estejam dentro de uma área definida, no território pela qual a equipe de saúde é responsável.

“Aplicar apropriadamente um conjunto de ações múltiplas e intersetoriais em promoção da saúde no seu **território**, com base em metas estabelecidas conjuntamente”. (D 2)

“Identificar os recursos terapêuticos existentes no **território** tanto para os clientes como seus familiares”. (D 2)

✓ **Atenção domiciliar**

Outra atividade realizada pelos psicólogos é a atenção domiciliar.

“As atividades desenvolvidas foram agrupadas em quatro grupos: atendimento singularizado na unidade, **visita domiciliar**, pronto-atendimento e grupo de promoção de saúde”. (D1)

“Cerca de 46% dos psicólogos entrevistados realizam psicoterapia aliada a outras atividades como palestras, visitas a escolas, **visitas**

domiciliares, supervisão a outros profissionais e planejamento da equipe”. (D 6)

Encontramos em três documentos a descrição de objetivos pelos quais é realizada a atenção domiciliar.

“A atividade de **visita domiciliar** objetiva acompanhar os usuários em suas moradias, pois se entende que o ambiente em que o sujeito vive é revelador de suas condições psíquicas. Por meio das visitas, é possível fazer um levantamento de pacientes com agravos de saúde mental e ficar a par da situação dos mesmos, ou seja, se possuem uma rede de cuidados na família e se estão tendo o suporte de serviços especializados como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)”. (D 1)

“**Visitas domiciliares** com profissionais da equipe como forma de conhecer a dinâmica das famílias, suas condições socioeconômicas para compreensão do seu processo saúde e doença. Além de facilitar o acesso a quem não poderia ir a UBS. Era um instrumento utilizado pela Estratégia de Saúde da Família e um dos objetivos desta atividade era fortalecer o vínculo profissional comunidade”. (D 2)

“**Visita Domiciliar**: os estagiários acompanham a equipe em visitas domiciliares com o objetivo de divulgar o trabalho, conhecer um pouco da realidade das pessoas atendidas e, eventualmente, prestar assistência psicológica a pacientes impossibilitados de comparecerem ao Centro de Saúde”. (D 4)

Algumas visitas demonstram ter seu foco de atuação delimitado ao atendimento de pacientes psiquiátricos.

“Pacientes psiquiátricos. A proposta de atendimento para este tipo de paciente pode ser dividida: acolher o paciente seja no posto ou na sua residência através de **visitas domiciliares**, fazendo um trabalho de controle da medicação, higiene pessoal e de inserção social”. (D 3)

“Atendimento **comunitário-domiciliar**. Era feito a pacientes psiquiátricos ou deprimidos em crise, ou quando solicitado pela equipe de saúde da unidade ou por alguém da comunidade. Como de costume a população do bairro chamava a polícia para acudir algum paciente da comunidade quando da necessidade de traslado para outro centro”. (D 3)

✓ **Atenção à saúde Individual**

Encontramos também como processo de trabalho do psicólogo, o atendimento individual. Para fins didáticos, incluímos na mesma categoria as ações que tenham o caráter de atendimento individual mesmo que embora tenham sido descritos com outros termos como: atendimento singularizado, espaço de escuta, diagnosticar e tratar, atendimento psicológico, psicoterapia individual e aconselhamento.

*“As atividades desenvolvidas foram agrupadas em quatro grupos: **atendimento singularizado** na unidade, visita domiciliar, pronto-atendimento e grupo de promoção de saúde”. (D 1)*

*“A primeira atividade constitui-se no **atendimento clínico singularizado** de usuários e ocorreu dentro da Unidade de Saúde ou nas demais dependências do CAIC sendo disponibilizadas 8 horários semanais para estes atendimentos, quatro pela manhã e quatro pela tarde”. (D 1)*

*“Nesse sentido, nós, enquanto psicólogos e terapeutas buscávamos favorecer um **espaço de escuta** daqueles indivíduos em sofrimento psíquico que muitas vezes procuravam o posto de saúde apresentando queixas de sintomas físicos, mas sem tanta evidência de qualquer distúrbio fisiológico”. (D 2)*

*“**Diagnosticar e tratar** as patologias leves em crianças, adolescentes e adulto (depressão, ansiedade, psicose leve e moderada etc.)”. (D 2)*

*“Os horários do **atendimento psicológico** foram estabelecidos a partir da disponibilidade de salas e consultórios livres para trabalhar, em combinação com a coordenação”. (D 3)*

*“Assim, na caracterização dos serviços prestados pelos psicólogos, a fim de intervir no processo de saúde-doença, podemos identificar atendimentos grupais, capacitações e **atendimentos individuais** com enfoque psicossocial”. (D 7)*

*“Por se tratar de um programa bastante amplo, as várias equipes de saúde sugeriram o desenvolvimento de um projeto de **assistência psicológica** tendo como público-alvo os pacientes diabéticos e hipertensos, pois percebiam uma demanda que apontava para a necessidade da inclusão de um profissional da área da Psicologia”. (D 4)*

Percebe-se pela descrição dos documentos abaixo relacionados existir grande procura da população pelo atendimento individual.

“Atendimento individual e grupal das principais demandas existentes na UBS. Ex: poliqueixosos, depressivos, ansiosos, somatizadores e outros. Cabe ressaltar que esta atividade era, por parte dos profissionais, no início de nossa chegada ao território, a grande expectativa que estes tinham a respeito do trabalho do psicólogo”. (D 2)

“Considerando as atividades desenvolvidas, percebe-se que ainda predominam os **atendimentos singularizados** pelo fato da demanda ser grande para este tipo de assistência”. (D 1)

“Para atender à demanda que foi se configurando a partir da nossa presença, surgiu a figura do psicólogo clínico geral. Isso foi apontado no relatório final da pesquisa, mesmo sabendo que essa denominação não existe, porque foi a única que poderia dar conta desse universo, para não cair na fragmentação da escuta da comunidade que procurava o **atendimento psicológico**”. (D 3)

“Atendimento Individual: apesar de a proposta do trabalho ser grupal, há inúmeras solicitações de atendimento individual. Os estagiários são orientados no sentido de atender os pacientes, reconhecer a demanda e fazer o encaminhamento pertinente”. (D 4)

Se observarmos a descrição de atividades nos documentos D9 e D6, percebemos que o atendimento individual é uma das atividades que teve predomínio enquanto processo de trabalho do psicólogo na APS.

“As atividades realizadas nas UBSs de Natal envolvem o atendimento clínico individual e atividades grupais e educativas. Em Teresina, predominam a **psicoterapia individual**, o aconselhamento psicológico e a aplicação de testes”. (D 9)

“Cerca de 46% dos psicólogos entrevistados realizam **psicoterapia** aliada a outras atividades como palestras, visitas a escolas, visitas domiciliares, supervisão a outros profissionais e planejamento da equipe”. (D 6)

“O **atendimento clínico individual** como atividade exclusiva é mencionado por 33% dos entrevistados, enquanto 21% afirmam prestar atendimento psicoterapêutico individual e em grupo”. (D 6)

Na experiência de D8, encontramos uma demanda um pouco diferente dos relatos anteriores configurando-se para o trabalho com grupos.

“Duas destacaram sua inserção no PSF em sentido contrário aos atendimentos individuais, ou seja, sua atuação concentrou-se, inicialmente, através de **grupos com os usuários** – grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes – para, posteriormente, surgir a demanda para os atendimentos clínicos individuais”. (D 8)

Encontramos também especificidades de atendimento individual de acordo com cada público.

“Atendimento a adolescentes (11 a 17 anos). *Procedíamos da mesma forma que no atendimento infantil, ou seja, primeiro o adolescente era entrevistado para conhecermos a queixa e sua visão a respeito da psicologia”. (D 3)*

“Atendimento a adultos. *Trabalhávamos com a crise atual ou foco que estava produzindo sofrimento psíquico. A partir da queixa trazida pelo paciente, definiam-se os objetivos a serem trabalhados”. (D 3)*

“Atendimento a idosos. *Era realizado de forma individual ou em casal, sendo nossa proposta de trabalho psicológico mais de apoio ou de aconselhamento e escuta, visando diminuir a ansiedade do problema atual que estava afetando”. (D 3)*

“Pacientes psiquiátricos. *A proposta de atendimento para este tipo de paciente pode ser dividida: acolher o paciente seja no posto ou na sua residência através de visitas domiciliares, fazendo um trabalho de controle da medicação, higiene pessoal e de inserção social”. (D 3)*

Encontramos também a necessidade de adequar às formas de atendimento individual de acordo com a realidade da clientela.

*“Também tínhamos uma preocupação de que a consulta tivesse uma seqüência na descrição de ações e que tivesse um fechamento ou conclusão do acontecido e dos temas explorados, deixando em aberto a possibilidade de outros encontros. A **consulta** precisava ter começo, meio e fim”. (D 3)*

*“Quanto ao **atendimento singularizado**, não é possível aplicar neste espaço a prática de psicoterapia convencional, uma vez que esta tem objetivos a médio e longo prazo, além de restringir o acesso das pessoas ao serviço por demandar muitas horas de atendimento para uma mesma pessoa”. (D 1)*

✓ **Atenção à saúde da família**

Encontramos outra modalidade de atendimento que tem como foco o sistema familiar.

Abordagem Familiar: *Avaliar, juntamente com a equipe, a estrutura, o desenvolvimento, a dinâmica, as condições materiais de vida, o estado de saúde dos integrantes e a rede social da família”. (D 2)*

*“Atendimento a crianças (até 10 anos). Realizávamos primeiro o acolhimento da criança identificada como portadora do problema ou da queixa, para depois escutar a **família** ou o sistema de referência”. (D 3)*

Atendimento familiar ou de casal. *Essa foi uma linha de intervenção que se constituiu a partir dos outros atendimentos. Esse tipo de atendimento era o mais utilizado no nosso trabalho no posto e foi o que teve maior eficácia, no que diz respeito ao engajamento da proposta de trabalho psicológico”. (D 3)*

*“Acolher a **família** ou o sistema de apoio do paciente para lidar com a situação e as ansiedades decorrentes”. (D 3)*

*“Atendimento a queixa de fracasso escolar. Nos casos em que percebíamos a necessidade de nossa intervenção, trabalhávamos a queixa junto com a escola encaminhadora, a professora, a **família** e o sujeito identificado”. (D 3)*

*“Destacamos também que, além de explicar nossas condições de um trabalho com a criança, explicávamos a questão do sigilo em nosso trabalho, sendo isso um aspecto muito importante no processo de atendimento, já que visava protegê-la de eventuais reclamações da família ou do sistema de referência, como também para relaxar o campo de intervenção, favorecendo assim um vínculo de acolhimento, para, então sim, poder “olhar e compreender” o **sistema familiar** no qual ela estava inserida”. (D 3)*

✓ **Atenção à saúde dos grupos**

Outro processo de trabalho do psicólogo na APS é na atenção à saúde dos grupos. Percebemos algumas especificidades nesta atividade, no sentido existir uma linha de atuação com foco em ações terapêuticas, psicoterapia e outro em ações de promoção de saúde.

A seguir, apresentamos relatos que demonstram a modalidade de atenção à saúde dos grupos com um foco mais terapêutico.

*“Atendimento individual e **grupai** das principais demandas existentes na UBS. Ex: poliqueixosos, depressivos, ansiosos, somatizadores e outros.*

Cabe ressaltar que esta atividade era, por parte dos profissionais, no início de nossa chegada ao território, a grande expectativa que estes tinham a respeito do trabalho do psicólogo”. (D 2)

*“**Trabalho de grupo** com caráter terapêutico e pedagógico com: idosos, gestantes e adolescentes. A proposta deste trabalho, segundo a perspectiva sistêmica, era promover um espaço de discussão/reflexão a respeito da problemática vivenciada pelos indivíduos, favorecendo um estímulo ao desenvolvimento de recursos psicossociais para superação das dificuldades e conseqüente enfrentamento da problemática. Era utilizada a técnica da Terapia Comunitária bem como dinâmicas de grupo”. (D 2)*

*“**Grupos terapêuticos**: Essa atividade é configurada a partir das demandas individuais, sejam encaminhadas por outros profissionais ou por procura espontânea. Após uma entrevista inicial, as pessoas que têm queixas similares em termos de temática, são convidadas a participar desta modalidade de atendimento”. (D 3)*

*“O atendimento clínico individual como atividade exclusiva é mencionado por 33% dos entrevistados, enquanto 21% afirmam prestar atendimento psicoterapêutico individual e em grupo. Ao agregarmos as duas principais formas de atendimento citadas – a psicoterapia individual e **grupala** –, o contingente de profissionais que têm como única atividade nas UBS alguma modalidade de psicoterapia representa 54% do total de entrevistados”. (D 6)*

*“**Grupos de Psicoterapia**: possuem frequência semanal, duração de 90 minutos e dois estagiários intervindo em sistema de co-terapia. Participam pessoas de ambos os sexos e mistos quanto à patologia (isto é, há tanto diabéticos quanto hipertensos num mesmo grupo)”. (D 4)*

*“Assim, na caracterização dos serviços prestados pelos psicólogos, a fim de intervir no processo de saúde-doença, podemos identificar **atendimentos grupais**, capacitações e atendimentos individuais com enfoque psicossocial”. (D 7)*

A seguir, apresentamos relatos que demonstram outra modalidade de atenção à saúde dos grupos tendo como foco ações de promoção de saúde.

*“**Grupos de Gestantes**- Objetivos: Trabalhar os sentimentos em relação à gestação e às expectativas sobre o parto e o filho que vai chegar; Fortalecer o vínculo materno; ampliar o autoconhecimento e resgatar o autocuidado e com o bebê que iria nascer”. (D 2)*

*“**Grupos de Idosos** - Objetivos: Trabalhar os sentimentos referentes ao envelhecer; discutir temas relacionados à qualidade de vida; trabalhar a auto-estima”. (D 2)*

“Atendimento Grupal a gestantes. Esse foi um trabalho no segundo ano de atuação na comunidade, pelo período de um ano e com frequência semanal”. (D 3)

“Grupos Informativos: grupos abertos, homogêneos (compostos exclusivamente por pacientes portadores somente de diabetes ou hipertensão arterial de ambos os sexos), duração aproximada de 60 minutos, coordenado por um profissional do Centro de Saúde envolvido com o tratamento de diabéticos e hipertensos. Enfatiza a difusão de informações sobre a doença e sua evolução”. (D 4)

“Também realizamos um trabalho de motivação para o encaminhamento e inserção dos idosos em **grupos da terceira idade** que funcionavam no centro social anexo à Unidade e ao NETI (Núcleo de Estudos da terceira idade)”. (D 3)

“Grupos de educação para saúde: são aqueles formados a partir da necessidade de transmitir informação para as pessoas sobre temas de saúde, próprios dos programas da atenção básica, como por exemplo, grupos de gestantes, grupos de puerpério, grupos de mães da hora de comer, grupos de diabetes etc.”. (D 3)

“Neste momento, tratarei especificamente das atividades de núcleo em função dos objetivos de trabalho. Estas se referem àquelas que requerem conhecimentos específicos em Saúde Mental. As atividades desenvolvidas foram agrupadas em quatro grupos: atendimento singularizado na Unidade, visita domiciliar, pronto atendimento e **grupo de promoção de saúde**”. (D 1)

“O grupo de promoção de saúde ocorreu com regularidade semanal, todas as terças feiras das 14 horas às 17 horas, constituindo-se em um espaço de trocas, de lazer e de promoção da saúde. Não havia temas pré-estabelecidos de forma que se discutia aquilo que surgisse enquanto eram realizadas atividades manuais, valorizando-se assim o conhecimento popular”. (D1)

“Houve participação assídua em outros dois grupos realizados na Unidade pela equipe de Residência: **o de caminhada e agentes comunitários de saúde**. Ao longo do período de trabalho na Unidade, foram atendidas 188 pessoas totalizando 519 atendimentos”. (D 1)

“Trabalho de grupo com caráter terapêutico e **pedagógico** com: idosos, gestantes e adolescentes. A proposta deste trabalho, segundo a perspectiva sistêmica, era promover um espaço de discussão/reflexão a respeito da problemática vivenciada pelos indivíduos, favorecendo um estímulo ao desenvolvimento de recursos psicossociais para superação das dificuldades e conseqüente enfrentamento da problemática”. (D 2)

“Duas destacaram sua inserção no PSF em sentido contrário aos atendimentos individuais, ou seja, sua atuação concentrou-se, inicialmente, através de **grupos com os usuários** – grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes – para, posteriormente, surgir a demanda para os atendimentos clínicos individuais”. (D 8)

“As atividades realizadas nas UBSs de Natal envolvem o atendimento clínico individual e **atividades grupais e educativas**. Em Teresina, predominam a psicoterapia individual, o aconselhamento psicológico e a aplicação de testes”. (D 9)

✓ **Atenção à comunidade**

A atenção à comunidade é mais uma atividade desenvolvida pelos psicólogos na APS e vem permeada por questões ligadas a educação, violência, inclusão social.

“No enfoque **comunitário**, eram priorizadas ações que trabalhassem o desenvolvimento comunitário do território, buscando novas alternativas de desenvolvimento local mais sustentável para enfrentamento dos desafios do **desemprego**. A proposta tinha como objetivo resgatar a capacidade da comunidade de se autogerir, resgatando e transformando sua realidade econômica para assim alcançar melhor qualidade de vida”. (D 2)

“**Desenvolvimento Comunitário**: Compreender os meandros do tecido comunitário (pessoas-chave, diagnóstico etc.); aplicar os passos necessários a um processo de inserção comunitária voltado para a autonomia (inserção, diagnóstico-ação, continuidade e ampliação, desligamento progressivo); Aplicar uma metodologia reflexivo-vivencial que permitam tanto o agir instrumental quanto o agir comunicativo”. (D 2)

“**Educação**: Desenvolver trabalhos junto à escola, aos familiares e com as crianças enfocando as dificuldades de aprendizagem; implementar estratégias junto com grupos de professores que favoreçam o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes; abordar os portadores de necessidades especiais buscando sua integração familiar e social”. (D 2)

“**Violência**: Diagnosticar as expressões de violência existentes nos territórios; discutir com a comunidade as formas de enfrentamento da violência física e psicológica, resgatando as possibilidades existentes de enfrentamento”. (D 2)

“Abordar os **portadores de necessidades especiais** buscando sua integração familiar e social”. (D 2)

*“Cerca de 46% dos psicólogos entrevistados realizam psicoterapia aliada a outras atividades como palestras, **visitas a escolas**, visitas domiciliares, supervisão a outros profissionais e planejamento da equipe”. (D 7)*

*“Acolher o paciente, seja no posto ou na sua residência através de visitas domiciliares, fazendo um trabalho de controle da medição, higiene pessoal e de **inserção social**”. (D 3)*

*“Também temos buscado facilitar a comunicação entre a **comunidade** e a equipe de saúde, pois nos são revelados dados nem sempre acessíveis a esta última. Assim, já levantamos junto à Secretaria Municipal de Saúde demandas tais como a necessidade do desenvolvimento de um **programa de alfabetização** (o índice de analfabetismo é bastante elevado e as pessoas sempre mencionam o constrangimento e a vergonha por essa condição)”. (D 4)*

Pelos relatos dos psicólogos, a comunidade é percebida como uma importante rede de apoio em seu processo de trabalho.

*“Detectar a recepção do paciente, tanto na rede familiar como **comunitária** (vizinhos ou pessoas significativas próximas a ele), para acolhê-lo em situações de crise, visando assessorar e/ou orientar essas pessoas para tais situações”. (D 3)*

*“Em várias situações nas redes configuradas em torno das pessoas dessa **comunidade**, encontrávamos pessoas significativas que eram aliadas importantes de nosso trabalho, principalmente quando acompanhávamos ou atendíamos pessoas que haviam sofrido violência infantil ou internação numa instituição psiquiátrica”. (D 3)*

*“A atividade de visita domiciliar objetiva acompanhar os usuários em suas moradias, pois se entende que o ambiente em que o sujeito vive é revelador de suas condições psíquicas. Por meio das visitas, é possível fazer um levantamento de pacientes com agravos de saúde mental e ficar a par da situação dos mesmos, ou seja, se possuem uma **rede de cuidados na família** e se estão tendo o suporte de serviços especializados como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)”. (D 1)*

✓ **Demanda e prevalência**

Uma das portas de entrada para os processos de atenção à saúde da população vem através da demanda pelos serviços.

“Triagem da **demanda** (clientela da Saúde Mental) na UBS para posterior encaminhamento aos serviços da atenção secundária do Município (CAPS, Hospital Dr. Estêvão). Esta atividade era um trabalho de cunho interdisciplinar, pois após avaliação para identificação dos casos havia um espaço de discussão onde junto buscávamos encontrar estratégias que incorporassem com qualidade a saúde mental daqueles indivíduos na atenção básica”. (D 2)

“Atendimento individual e grupal das principais **demandas** existentes na UBS. Ex: **poliqueixosos, depressivos, ansiosos, somatizadores** e outros. Cabe ressaltar que esta atividade era, por parte dos profissionais, no início de nossa chegada ao território, a grande expectativa que estes tinham a respeito do trabalho do psicólogo”. (D 2)

“A partir desse prisma e da **demanda** existente na comunidade assistida pelo PSF em Vespasiano, julgou-se que a inserção do psicólogo na equipe de trabalho poderia contribuir no sentido de ampliar a promoção da saúde dos pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial mediante a atenção para com os aspectos psicológicos, tanto em termos de prevenção quanto de tratamento”. (D 4)

“Para atender à **demanda** que foi se configurando a partir da nossa presença, surgiu a figura do psicólogo clínico geral”. (D 3)

“Manejo de condução de grupo com a comunidade; orientações sobre encaminhamentos da **demanda** de saúde mental para os serviços existentes no município e estudos de casos”. (D 2)

As diferentes demandas parecem ter provocado novas percepções, configurações de atendimento etc.

“Com o decorrer do trabalho, verificou-se que as diferenças implícitas na **demanda** e/ou clientela de nossos serviços exigiam ações diferenciadas de atendimento, tendo como referência principal a idade, a queixa e o nível de instrução”. (D 3)

“Consideramos que **atender** a demanda de um indivíduo na comunidade implica sempre olhar, ouvir, entender e compreender, a partir da perspectiva familiar e comunitária, nessa última no sentido de visualizar a rede pessoal-social significativa neste contexto”. (D 3)

As experiências relatadas nos documentos (D 1) e (D 2) fazem referências à questão da prevalência.

“A **prevalência** de agravos de saúde: em primeiro lugar, destaca-se a sensação de ansiedade/nervosismo/tensa, quase empatada com a

sensação de depressão, depois, aparece à perturbação do sono, problema relacional com familiares, sentir/comportar de forma irritável/zangada, problema relacional com criança e problema relacional com parceiro, respectivamente”. (D 1)

*“Essa proposta surgiu em face de uma grande demanda relacionada às **ansiedades, depressões e somatizações** que expressam através do corpo o sofrimento provocado pelos conflitos e crises vivenciados pela existência humana”. (D 2)*

✓ **Resolubilidade**

Pela descrição encontrada nos documentos (D1) e (D3), percebemos a preocupação pela resolubilidade dos serviços prestados à população, demonstrada pelos termos “resolutividade”, efetivo e eficiente. Encontramos o termo “resolutividade”, porém a nomenclatura adequada seria resolubilidade.

Os relatos descritos abaixo apresentam a questão da resolubilidade a partir da atenção primária.

*“Em função das características do serviço em Atenção Básica, ou seja, a heterogeneidade de queixas trazidas pelos usuários, a necessidade de alcançar alto grau de **resolutividade [sic]** e a condição de evitar a demanda reprimida, o atendimento se difere daquele realizado em consultório particular”. (D 1)*

*“Portanto, apenas 4,78% dos casos não puderam ser resolvidos no âmbito da Atenção Básica. Atingiu-se um grau de **resolutividade [sic]** de 95,22%, mais alto do que os 90% preconizados pelo Ministério da Saúde”. (D 1)*

*“Buscou-se alcançar pelo menos 90% de **resolutividade [sic]** como preconiza o Ministério da Saúde, ou seja, procurou-se resolver o maior número de casos dentro da Atenção Básica e que os usuários que necessitavam de encaminhamento para outras instâncias saíssem da Unidade com um diagnóstico”. (D 1)*

No documento (D 3), encontramos a questão da resolubilidade vista a partir da atenção psicológica.

“Este exercício de construir e desconstruir a prática fundamentou a construção de uma proposta de sistematização de um modelo de intervenção psicológica, tendo como referência de atuação a Unidade Básica de Saúde da comunidade, com o intuito de tornar o conhecimento e a linguagem psicológica mais palpável e coerente com a realidade da

*clientela a ser atendida, permitindo, assim, um trabalho psicológico de promoção da saúde **efetivo e eficiente**". (D 3)*

O quadro geral quanto a competências operacionais para atenção à saúde originou a tabela 1, onde estão relacionadas as categorias quanto ao número total de documentos analisados em relação ao número de documentos onde a categoria se fez presente. Para facilitar a visualização, a tabela foi construída em ordem decrescente.

Tabela 1 - Categorias de competências Operacionais para atenção à saúde

Competências Operacionais: Atenção à Saúde	
Categorias	Nº documentos /ocorrências
Atenção à saúde individual	9/8
Atenção à saúde dos grupos	9/8
Atenção à comunidade	9/5
Atenção domiciliar	9/5
Territorialização	9/4
Demanda e Prevalência	9/4
Atenção à saúde da família	9/2
Resolubilidade	9/2

Fonte: Análise documental técnica

A atenção à saúde individual e atenção à saúde dos grupos foram as categorias mais citadas, sendo que em um total de nove documentos foram apontadas em oito deles. Estes dois processos parecem marcar a atuação dos psicólogos na APS.

A atenção à comunidade e a atenção domiciliar aparecem em segundo lugar, sendo que em um total de nove documentos foram mencionados em cinco.

Para as categorias territorialização, demanda e prevalência, encontramos quatro menções em um total de nove documentos.

A saúde da família foi citada em apenas dois documentos, assim como a questão da resolubilidade.

4.1.2 Gestão dos serviços de atenção à saúde

Nas competências operacionais de gestão dos serviços de atenção à saúde, foram agrupadas as categorias que dizem respeito aos processos de trabalho de gestão, que são os meios pelos quais a equipe de saúde e mesmo os psicólogos utilizam para planejar, organizar, entregar, encaminhar, acompanhar e monitorar os serviços.

✓ **Atendimento de urgência**

Foram encontradas nos documentos consultados duas formas por onde se estruturam os atendimentos em saúde, os atendimentos de urgência e os atendimentos por agendamento.

Na modalidade de pronto-atendimento, existem horários reservados para situações consideradas urgências.

*“Neste momento, tratarei especificamente das atividades de núcleo em função dos objetivos de trabalho. Estas se referem àquelas que requerem conhecimentos específicos em Saúde Mental. As atividades desenvolvidas foram agrupadas em quatro grupos: atendimento singularizado na Unidade, visita domiciliar, **pronto-atendimento** e grupo de promoção de saúde”. (D1)*

*“A atividade de **pronto-atendimento** inclui todos os casos de urgência atendidos. Por urgência entende-se todas as situações que não estivessem previstas e que demandassem ações rápidas tendo, portanto, status de prioridade”. (D 1)*

*“Observamos que o total de **pronto-atendimentos** representou 6,7% do total de atendimentos do Serviço de Saúde Mental. O pronto-atendimento engloba todos aqueles atendimentos em que não se tinha consulta marcada e que, por serem avaliados como urgências, foram tratados como prioridade”. (D 1)*

*“Estabelecemos desde o começo um horário para **“emergências”**, visando atender às pessoas em forte crise emocional, tentativas de suicídio, ou pessoas que, no nosso entender, requeriam acolhimento imediato”. (D 3)*

✓ **Atendimento por agendamento**

Já na modalidade de agendamento, o contato com o profissional de saúde deve ser marcado previamente, de acordo com os critérios definidos em cada unidade de saúde.

*“Com respeito à modalidade de **agendamento**, optamos por seguir a forma existente no posto. Ou seja, cada agendamento era realizado de forma pessoal e pela pessoa interessada”. (D3)*

✓ **Triagem de atendimentos**

A triagem mostrou-se como uma das portas de entrada para organizar o fluxo de atendimentos.

*“**Triagem** da demanda (clientela da Saúde Mental) na UBS para posterior encaminhamento aos serviços da atenção secundária do Município (CAPS, Hospital Dr. Estêvão). Esta atividade era um trabalho de cunho interdisciplinar, pois após avaliação para identificação dos casos havia um espaço de discussão, onde juntos buscávamos encontrar estratégias que incorporassem com qualidade a saúde mental daqueles indivíduos na atenção básica”. (D 2)*

*“A importância de discutirmos as questões relacionadas à organização dos serviços de saúde se fez necessária para entendemos o Acolhimento como um processo muito mais amplo que a mera **recepção do paciente** ou uma nova modalidade de triagem, e sim o modo como a unidade assume o paciente, estabelecendo um compromisso que impõe responsabilidades da unidade frente às necessidades de saúde da comunidade”. (D 2)*

✓ **Encaminhamento**

Encontramos em alguns relatos preocupação por parte dos psicólogos em realizar o encaminhamento de situações que precisam de atendimento em outros níveis do sistema.

“Os objetivos primordiais do atendimento singularizado na Unidade são produzir acolhimento e diagnóstico rápido. Buscou-se alcançar pelo menos 90% de resolutividade como preconiza o Ministério da Saúde, ou seja, procurou-se resolver o maior número de casos dentro da Atenção

*Básica e que os usuários que necessitavam de **encaminhamento** para outras instâncias saíssem da Unidade com um diagnóstico”. (D 1)*

*“Triagem da demanda (clientela da Saúde Mental) na UBS para posterior **encaminhamento** aos serviços da atenção secundária do Município (CAPS, Hospital Dr. Estêvão). Esta atividade era um trabalho de cunho interdisciplinar, pois após avaliação para identificação dos casos havia um espaço de discussão, onde juntos buscávamos encontrar estratégias que incorporassem com qualidade a saúde mental daqueles indivíduos na atenção básica”. (D 2)*

*“Manejo de condução de grupo com a comunidade; orientações sobre **encaminhamentos** da demanda de saúde mental para os serviços existentes no município e estudos de casos”. (D 2)*

*“Uma dificuldade muito grande em **encaminhá-los**, devido ao escasso número de instituições públicas que atuam nessa área”. (D 3)*

No documento (D2), encontramos preocupação quanto à necessidade de conhecer como o sistema está organizado e quais os níveis de atenção para poder fazer encaminhamentos de acordo com as necessidades percebidas.

*“Conhecer toda a **Rede Integrada** de saúde Mental do município a fim de estabelecer junto à equipe vínculo entre os diversos níveis de atenção à saúde mental do indivíduo”. (D 2)*

*“Percebendo as necessidades de uma maior integração da ESF com a **Rede de Atenção** Integral à Saúde Mental do município e visando fortalecer os laços de comunicação entre esses dois setores, buscamos realizar atividades no CAPS com objetivo de conhecer o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar que atende os usuários encaminhados pela equipe da ESF para melhor atenção aos pacientes na atenção primária”. (D 2)*

✓ **Planejamento e Organização dos serviços**

Encontramos por parte dos psicólogos a atenção com a organização e planejamento dos serviços demonstrados através da criação de protocolos, fluxos de assistência, escalas de atendimento etc.

“Com base no aporte teórico, nas aulas e discussões que ocorreram durante o curso de Residência e no resultado do processo de

territorialização, foram organizados o **fluxo da atenção** em saúde mental e a **escala de assistência**, bem como **protocolos de assistência** e registro. A intervenção teve início, já havia sido organizada a minha escala de trabalho com a divisão de horários dentre as atividades propostas. Ou seja, existia desde o início um **planejamento** para as ações, fato este que auxiliou na garantia de integralidade no processo de trabalho”. (D 1)

“No segundo momento, havia apresentação dos relatores sobre a conclusão de cada grupo. E na plenária havia espaço para discussão dos temas e elaboração em conjunto do **Protocolo de Acolhimento** a partir do consenso de toda equipe”. (D 2)

As unidades de registros dos documentos (D 2, D 3, D 7) apresentam uma proposta de planejamento abrangendo questões de recursos e com a participação da equipe de saúde.

“Desta forma, a realização deste trabalho surgiu após o **Planejamento Estratégico** realizado anualmente pela equipe onde foi levantada a necessidade de reavaliarmos as condições de trabalho e a estrutura física e funcional da unidade de Saúde, visando atender tanto as necessidades da comunidade como dos profissionais que nela trabalham”. (D 2)

“A peculiaridade principal destes trabalhos de educação para a saúde é que os mesmos exigem um **planejamento interdisciplinar** para ter êxito, ou seja, aqui a *equipe de saúde é entendida como as múltiplas vozes que se somam para pensar, refletir e conversar sobre saúde, com o objetivo da promoção da mesma*”. (D 3)

“Cerca de 46% dos psicólogos entrevistados realizam psicoterapia aliada a outras atividades como palestras, visitas a escolas, visitas domiciliares, supervisão a outros profissionais e **planejamento da equipe**”. (D 7)

✓ **Monitoramento e Avaliação**

O documento (D 2) traz à tona a questão do monitoramento e da avaliação dos serviços.

“Selecionar e/ou desenvolver métodos e instrumentos apropriados para **monitoramento e avaliação** de programas e atividades voltados para a promoção da saúde”. (D 2)

✓ **Equipe de saúde**

Pelos relatos encontrados nos documentos percebemos as diversas ligações, interfaces de trabalho do psicólogo com a equipe de saúde e da necessidade de integração dos profissionais em torno de objetivos comuns.

*“A atuação da Psicologia durante o período envolveu atividades coletivas e atividades de núcleo. As primeiras dizem respeito àquelas que são realizadas em conjunto com os demais residentes não sendo restritas a uma única área de atuação. Tais atividades de atenção coletiva ocorreram dentro dos projetos de intervenção **propostos pela equipe**”.* (D 1)

*“O último gráfico mostra o número de participantes em cada um dos 37 encontros realizados. O Grupo contava com sete participantes assíduas e sempre esteve aberto para aqueles que quisessem participar. Como era composto em sua maioria por senhoras acima dos 55 anos, podemos perceber que nos meses de frio ou calor intenso, a participação foi menor. Profissionais da **equipe de saúde** da Unidade e da equipe de Residência participaram de alguns encontros”.* (D 1)

*“O Projeto Saúde Mental Comunitária foi implantado em Sobral, em agosto de 2001, quando um **grupo de profissionais de saúde** (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social, fisioterapeuta, enfermeiros, agentes de saúde e voluntários da comunidade)”.* (D 2)

*“Este projeto tinha como proposta implantar uma Rede de Saúde Mental Comunitária junto às ações básicas de saúde desenvolvidas pelas **Equipes de Saúde da Família** do município, incluindo ações de promoção da saúde mental, buscando novos modelos para prevenção do sofrimento psíquico do indivíduo, da família e da comunidade”.* (D 2)

*“Visitas domiciliares com **profissionais da equipe** como forma de conhecer a dinâmica das famílias, suas condições socioeconômicas para compreensão do seu processo saúde e doença. Além de facilitar o acesso a quem não poderia ir à UBS. Era um instrumento utilizado pela Estratégia de Saúde da Família e um dos objetivos desta atividade era fortalecer o vínculo profissional-comunidade”.* (D 2)

*“Triagem da demanda (clientela da Saúde Mental) na UBS para posterior encaminhamento aos serviços da atenção secundária do Município (CAPS, Hospital Dr. Estêvão). Esta atividade era um trabalho de cunho **interdisciplinar**, pois após avaliação para identificação dos casos havia um espaço de discussão, onde juntos buscávamos encontrar estratégias que incorporassem com qualidade a saúde mental daqueles indivíduos na atenção básica”.* (D 2)

*“Os tipos de atendimentos descritos foram aqueles que fizeram parte da construção da proposta de um modelo de intervenção. A partir deles, e com a continuidade de nossas atividades em outras unidades de saúde do município, também se delineiam outros tipos de atividades, que consideramos efetivas, necessárias e importantes, no trabalho do psicólogo com a comunidade, e com a **equipe de saúde**”. (D 3)*

*“Cabe apontar, em termos de conclusão deste capítulo, que para realização de qualquer atividade do psicólogo na comunidade torna-se necessário o desenvolvimento da “postura Interdisciplinar”, que entendida como uma condição de humildade ao nível profissional e pessoal, para saber aceitar e escutar os saberes que se conjugam numa unidade de saúde, sejam os da **equipe** em que o psicólogo trabalha, como também o saber comunitário”. (D 3)*

*“A partir desse prisma e da demanda existente na comunidade assistida pelo PSF em Vespasiano, julgou-se que a inserção do psicólogo na **equipe de trabalho** poderia contribuir no sentido de ampliar a promoção da saúde dos pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial mediante a atenção para com os aspectos psicológicos, tanto em termos de prevenção quanto de tratamento”. (D 4)*

*“Embora nosso trabalho tenha como principal foco a comunidade, é impossível deixar de considerar a **equipe de saúde**. Procuramos atuar em parceria, almejando romper barreiras, conquistar um espaço próprio, desmistificar concepções errôneas que (ainda) existem sobre a atuação do psicólogo e, principalmente, estabelecer um canal de comunicação através do qual seja possível o intercâmbio de informações, agregando esforços para uma prestação de serviços de melhor qualidade aos pacientes”. (D 4)*

*“Dessa forma, na quase totalidade das entrevistas (6), as psicólogas destacaram a importância de uma atuação interdisciplinar, caracterizada como um processo em constante construção e interação entre os demais **profissionais de saúde** (equipe), juntamente com a comunidade”. (D 8)*

Alguns psicólogos apontaram dificuldades de integração e relacionamento com a equipe de saúde.

*“Contudo, pode-se notar claramente o avanço no relacionamento entre o psicólogo e a **equipe do PSF**. Nem sempre, porém, isso é fácil. No nosso caso, um grande empecilho em relação a essa integração refere-se ao fato de se tratar de um projeto de extensão onde, das treze horas de dedicação dos estagiários, apenas oito são dentro do Centro de Saúde (as demais horas destinam-se à supervisão)”. (D 4)*

*“Dos profissionais entrevistados, 64% afirmaram não desenvolver trabalho em conjunto com a equipe das UBS; trabalham de forma independente e no máximo recebem encaminhamentos. Outros 36% afirmaram desenvolver algum trabalho com a **equipe da unidade** em que está lotado”. (D 6).*

A tabela 2 traz o quadro geral quanto a competências operacionais para gestão dos serviços de atenção à saúde, onde estão relacionadas às categorias quanto ao número total de documentos analisados e número de documentos onde a categoria se fez presente. Para facilitar a visualização, a tabela foi construída em ordem decrescente.

Tabela 2 - Categorias de competências Operacionais para gestão dos serviços de atenção à saúde

<i>Competências Operacionais: Gestão dos serviços de atenção à saúde</i>	
Categorias	Nº documentos /ocorrências
Equipe de Saúde	9/6
Encaminhamento	9/4
Planejamento e organização	9/4
Atendimento de urgência	9/2
Atendimento por agendamento	9/1
Triagem de atendimentos	9/1
Monitoramento e avaliação	9/1

Fonte: Análise documental técnica

O fazer parte e a integração com a equipe de saúde foi uma das categorias mais expressivas, citada em seis dos nove documentos analisados. Em segundo lugar, aparece a questão do encaminhamento, planejamento e organização dos serviços citado quatro vezes. O atendimento de urgência foi mencionado em dois documentos, já a triagem, o agendamento, e o monitoramento e a avaliação tiveram apenas uma menção.

4.1.3 Organizacional da Unidade de Saúde

Nas competências operacionais organizacionais da unidade de saúde foram agrupadas as categorias que dizem respeito aos processos de trabalho destinados à unidade de saúde, sendo que nesta visão a equipe de saúde pode ser considerada cliente dos serviços do psicólogo.

✓ **Atenção à saúde da equipe**

Encontramos três experiências que relatam a atenção à equipe de saúde, através de atendimento psicológico para os profissionais de saúde.

*“Criar um **espaço terapêutico para os profissionais de saúde** que contribua para seu bem-estar físico, psíquico e emocional; sensibilizar os profissionais para o autocuidado, renovando sua capacidade de cuidar do outro; fortalecer suas potencialidades”. (D 2)*

*“**Atendimento a funcionários da unidade**. No início de nossos trabalhos, não estava previsto o atendimento a funcionários, mas diante da solicitação de nossos serviços, optamos por atendê-los nos moldes dos atendimentos descritos”. (D 3)*

*“O município de Bonito no Mato Grosso do Sul ao implantar o Programa de Saúde da Família, estrategicamente o fez com a participação de um profissional psicólogo, cuja atuação permeou todo o processo de implantação, desde o cadastramento e a sensibilização das famílias, o **apoio psicológico aos profissionais** frente ao novo ambiente e processo de trabalho”. (D 5)*

✓ **Clima organizacional**

Do ponto de vista organizacional, contribuir para melhorias no relacionamento da equipe, administrar conflitos, também faz parte das atividades do psicólogo.

*“Percebendo a importância deste trabalho e constatando o grande número de equipes existentes no município, foi vista a necessidade de contratar mais profissionais. Esta contratação surgiu como reflexo de uma necessidade presente em trabalhar os **problemas/ conflitos de relação interpessoal** entre os membros da equipe interdisciplinar das Equipes de Saúde da Família”. (D 2)*

“Intervenção Organizacional: compreender o funcionamento do sistema da organização e sua interferência no comportamento dentro das equipes”. (D 2)

✓ **Capacitações**

Também encontramos em um documento (D 2) a atuação do psicólogo com caráter educativo na área de capacitação.

*“A proposta desse trabalho surgiu a partir de um diagnóstico realizado com as Equipes de Saúde da Família do município de Sobral onde foi constatado que uma das grandes dificuldades encontradas pelos **profissionais de saúde**, no que se refere à demanda com **sofrimento psíquico** em seu território, é a falta de conhecimento teórico e prático em reconhecer e lidar com a clientela da saúde mental”.* (D 2)

A tabela 3 traz o quadro geral quanto a competências operacionais relacionadas aos aspectos organizacionais da unidade de saúde. Estão relacionadas às categorias quanto ao número total de documentos analisados e número de documentos onde a categoria se fez presente. Para facilitar a visualização, a tabela foi construída em ordem decrescente.

Tabela 3-Categorias de competências Operacionais para gestão organizacional da unidade de saúde

<i>Competências Operacionais: Organizacional da Unidade de saúde</i>	
Categorias	Nº documentos /ocorrências
Atenção à saúde da equipe	9/3
Clima organizacional	9/1
Capacitações	9/1

Fonte: Análise documental técnica

Encontramos em três documentos a atividade de atendimento psicológico destinada aos profissionais da equipe de saúde. Os aspectos de clima organizacional e capacitação foram práticas citadas em um dos nove documentos apreciados.

4.2 Competências conceituais

4.2.1 Saúde coletiva

As competências conceituais referem-se ao domínio cognitivo, dizem respeito aos conhecimentos necessários para o desenvolvimento dos processos de trabalho, ou seja, das competências operacionais.

Para fins didáticos, dividimos as competências conceituais em dois blocos: saúde coletiva e psicologia.

✓ Integralidade / conceito ampliado de saúde

Um dos conceitos encontrados nos documentos analisados foi o da integralidade como uma condição para realização dos processos de trabalho do psicólogo na APS. Agrupamos nesta categoria também os termos visão integral, global do indivíduo e processo de saúde-doença.

*“A intervenção teve início, já havia sido organizada a minha escala de trabalho, com a divisão de horários dentre as atividades propostas. Ou seja, existia desde o início um planejamento para as ações, fato este que auxiliou na garantia de **integralidade** no processo de trabalho”. (D 1)*

*“A atuação da Psicologia buscou promover a saúde mental em todas as atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família baseando-se nos conceitos expostos anteriormente. Partindo de uma **visão integral** dos indivíduos atendidos, considerando-os em sua totalidade e partilhando da idéia de integração da rede municipal de serviços de saúde, a Psicologia utilizou como principais ferramentas de trabalho as noções da Clínica do Cuidado, da Psicologia Comunitária e da técnica de Aconselhamento”. (D 1)*

*“Através de um trabalho bem planejado e da assistência efetiva e eficaz dos agravos de saúde mental, a Psicologia pode contribuir para o sucesso da equipe de saúde no sentido de garantir **integralidade** e resolutividade nos atendimentos às pessoas”. (D 1)*

*“Assim, esse movimento na saúde mental acena com uma proposta de atendimento **global do indivíduo** através de uma rede de atenção ancorada numa visão que contemple os aspectos biológico, psicológico, e*

social, numa tentativa de superar ações baseadas na dicotomia corpo/mente”. (D 3)

“Assim, consideramos que a interdisciplinaridade e por conseqüência a “postura interdisciplinar” necessariamente precisa ser desenvolvida à luz de contextos em que trabalhamos, como uma condição central, para produzir ações em saúde que levem em conta a **integralidade** dos olhares, incluído aqui, principalmente, o solicitante de nossos serviços”. (D 3)

“Visitas domiciliares com profissionais da equipe como forma de conhecer a dinâmica das famílias, suas condições **socioeconômicas para compreensão do seu processo saúde e doença**. Além de facilitar o acesso a quem não poderia ir a UBS. Era um instrumento utilizado pela Estratégia de Saúde da Família e um dos objetivos desta atividade era fortalecer o vínculo profissional-comunidade”. (D 2)

“Assim, na caracterização dos serviços prestados pelos psicólogos, a fim de intervir no **processo de saúde-doença**, podemos identificar atendimentos grupais, capacitações e atendimentos individuais com enfoque psicossocial”. (D 7)

✓ **Promoção da saúde**

Outro conceito importante na área de saúde coletiva, citada pelos psicólogos foi o da promoção de saúde.

“Constituindo-se em um espaço de trocas, de lazer e de **promoção da saúde**, o grupo não possuía temas pré-estabelecidos de forma que se discutia aquilo que surgisse enquanto eram realizadas atividades manuais, valorizando-se assim o conhecimento popular”. (D 1)

“Finalizando, as propostas desenvolvidas neste projeto eram indissociáveis da perspectiva da **promoção da saúde** e esta experiência nos confirmava a importância de entendermos promoção de saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e reforçar as ações comunitárias para concretização de ações que visem à saúde”. (D 2)

“Desenvolver uma estratégia que compatibilize os pressupostos da **promoção da saúde** com as ações cotidianas de assistência, dentro de um modelo de atenção integral; identificar juntamente com a equipe de Saúde da Família os mecanismos adequados ao fortalecimento da promoção da saúde em um determinado território”. (D 2)

*“Buscou-se fazer uma análise dos principais motivos de procura ao serviço e de quais transtornos mentais eram mais predominantes em cada território. Esse mapeamento deu-nos subsídio para elaborarmos estratégias de intervenção nos territórios buscando ações de prevenção e **promoção à saúde** mental do indivíduo em sua comunidade”. (D 2)*

*“Aplicar apropriadamente um conjunto de ações múltiplas e intersectoriais em **promoção da saúde** no seu território, com base em metas estabelecidas conjuntamente”. (D 2)*

*“Este exercício de construir e desconstruir a prática fundamentou a construção de uma proposta de sistematização de um modelo de intervenção psicológica, tendo como referência de atuação a Unidade Básica de Saúde da comunidade, com o intuito de tornar o conhecimento e a linguagem psicológica mais palpável e coerente com a realidade da clientela a ser atendida, permitindo, assim, um trabalho psicológico de **promoção da saúde** efetivo e eficiente”. (D 3)*

*“A partir desse prisma e da demanda existente na comunidade assistida pelo PSF em Vespasiano, julgou-se que a inserção do psicólogo na equipe de trabalho poderia contribuir no sentido de ampliar a **promoção da saúde** dos pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial mediante a atenção para com os aspectos psicológicos, tanto em termos de prevenção quanto de tratamento”. (D4)*

Encontramos um direcionamento para realização de grupos de promoção de saúde.

*“**Grupos de educação para saúde**: são aqueles formados a partir da necessidade de transmitir informação para as pessoas sobre temas de saúde, próprios dos programas da atenção básica, como por exemplo grupos de gestantes, grupos de puerpério, grupos de mães da hora de comer, grupos de diabetes etc.”. (D 3)*

*“Neste momento, tratarei especificamente das atividades de núcleo em função dos objetivos de trabalho. Estas se referem àquelas que requerem conhecimentos específicos em Saúde Mental. As atividades desenvolvidas foram agrupadas em quatro grupos: atendimento singularizado na Unidade, visita domiciliar, pronto-atendimento e **grupo de promoção de saúde**”. (D 1)*

*“O grupo de **promoção de saúde** ocorreu com regularidade semanal, todas as terças-feiras das 14 horas às 17 horas, constituindo-se em um espaço de trocas, de lazer e de promoção da saúde. Não havia temas pré-estabelecidos de forma que se discutia aquilo que surgisse enquanto eram realizadas atividades manuais, valorizando-se assim o conhecimento popular”. (D1)*

✓ **Acolhimento**

O acolhimento também foi um dos conceitos citados nos documentos analisados.

*“Este trabalho foi desenvolvido com toda equipe da ESF. A importância de discutirmos as questões relacionadas à organização dos serviços de saúde se fez necessária para entendemos o **Acolhimento** como um processo muito mais amplo que a mera recepção do paciente ou uma nova modalidade de triagem, e sim o modo como a unidade assume o paciente, estabelecendo um compromisso que impõe responsabilidades da unidade frente às necessidades de saúde da comunidade”. (D 2)*

*“Destacamos também que, além de explicar nossas condições de um trabalho com a criança, explicávamos a questão do sigilo em nosso trabalho, sendo isso um aspecto muito importante no processo de atendimento, já que visava protegê-la de eventuais reclamações da família ou do sistema de referência, como também para relaxar o campo de intervenção, favorecendo assim, um vínculo de **acolhimento**, para então sim, poder “olhar e compreender” o sistema familiar no qual ela estava inserida”. (D 3)*

Nas unidades de registro do documento (D 3), podemos observar formas práticas para aplicar o conceito de acolhimento, seja abrindo horários de emergência para atendimento, ou através do atendimento no posto de saúde, ou mesmo através da atenção domiciliar.

*“Estabelecemos desde o começo um horário para “emergências”, visando atender as pessoas em forte crise emocional, tentativas de suicídio, ou pessoas que no nosso entender, requeriam **acolhimento** imediato”. (D 3)*

*“**Acolher** o paciente seja no posto ou na sua residência através de visitas domiciliares, fazendo um trabalho de controle da medicação, higiene pessoal e de inserção social”. (D 3)*

✓ **Interdisciplinar**

Outra questão conceitual encontrada nos documentos analisados trouxe o termo interdisciplinar, percebido pelos psicólogos, como um pré-requisito para atuar em equipe de saúde.

“Refletindo sobre os fatores que influenciam a interação não apenas entre os profissionais, mas também entre a equipe e a comunidade, especialmente a capacidade de lidar com as diferenças e a importância da comunicação entre os membros de uma equipe **interdisciplinar**, onde cada qual com sua subjetividade, desejos e resistências pudessem coletivamente avançar num trabalho integrado e mais eficaz”. (D 2)

“Assim, consideramos que a interdisciplinaridade e por conseqüência a “postura **interdisciplinar**” necessariamente precisa ser desenvolvida à luz dos contextos em que trabalhamos, como uma condição central, para produzir ações em saúde que levem em conta a integralidade dos olhares, incluído aqui, principalmente, o solicitante de nossos serviços”. (D 3)

“Dessa forma, na quase totalidade das entrevistas (6), as psicólogas destacaram a importância de uma atuação **interdisciplinar**, caracterizada como um processo em constante construção e interação entre os demais profissionais de saúde (equipe), juntamente com a comunidade”. (D 8)

✓ **Clínica do cuidado**

“Partindo de uma visão integral dos indivíduos atendidos, considerando-os em sua totalidade e partilhando da idéia de integração da rede municipal de serviços de saúde, a Psicologia utilizou como principais ferramentas de trabalho as noções da **Clínica do Cuidado**, da Psicologia Comunitária e da técnica de Aconselhamento”. (D 1)

✓ **Intersectorialidade**

A intersectorialidade aparece como outra categoria conceitual.

“Estabelecer mecanismos que favoreçam a **intersectorialidade** e a participação comunitária no contexto de comunidade/território saudável”. (D 2)

“Aplicar apropriadamente um conjunto de ações múltiplas e **intersectoriais** em promoção da saúde no seu território, com base em metas estabelecidas conjuntamente”. (D 2)

✓ **Doenças crônico-degenerativas**

Um dos documentos trouxe a preocupação em saber e compreender acerca das doenças crônico-degenerativas.

*“Portadores de **Doenças crônico-degenerativas**: Compreender as manifestações clínicas da doença, fatores preponderantes que a desencadeiam, sintomas, complicações, tratamento, repercussões (físicas, psicológicas e sociais) na vida do paciente”. (D 2)*

Na tabela 4, podemos observar o quadro geral quanto a competências conceituais relacionadas ao campo da saúde coletiva. Estão relacionadas às categorias quanto ao número total de documentos analisados e número de documentos onde a categoria se fez presente. Para facilitar a visualização, a tabela foi construída em ordem decrescente.

Tabela 4 - Categorias de competências conceituais: Saúde Coletiva

Competências Conceituais: Saúde Coletiva	
Categorias	Nº documentos /ocorrências
Integralidade/Conceito ampliado saúde	9/4
Promoção da Saúde	9/4
Interdisciplinar	9/3
Acolhimento	9/2
Clínica do cuidado	9/1
Intersetorialidade	9/1
Doenças crônico-degenerativas	9/1

Fonte: Análise documental técnica

O conceito de integralidade e promoção de saúde foi citado em quatro dos nove documentos, seguido de interdisciplinaridade citada em três documentos. Já o termo acolhimento foi citado em dois documentos, a clínica do cuidado, a intersectorialidade e as doenças crônico-degenerativas foram citadas apenas em um documento respectivamente.

É importante comentar que as categorias conceituais surgiram da análise de documentos, onde foram buscados relatos de experiências com foco em processos

de trabalho. Elas não vieram das referências teóricas dos documentos, buscaram-se os termos relacionados em conjunto com as atividades desenvolvidas.

4.2.2 Psicologia

Neste bloco, são apresentadas as competências conceituais relacionadas ao campo da psicologia.

✓ Saúde Mental

Agrupamos nesta categoria os termos saúde mental, sofrimento psíquico, transtornos mentais. As diferenças de nomenclaturas podem estar relacionadas às diferentes fundamentações utilizadas ou mesmo a diferentes percepções a respeito do fenômeno.

*“Neste momento tratarei especificamente das atividades de núcleo em função dos objetivos de trabalho. Estas se referem àquelas que requerem conhecimentos específicos em **Saúde Mental**”. (D 1)*

*“Este projeto tinha como proposta implantar uma Rede de Saúde Mental Comunitária junto às ações básicas de saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família do município, incluindo ações de promoção da **saúde mental**, buscando novos modelos para prevenção do **sofrimento psíquico** do indivíduo, da família e da comunidade”. (D 2)*

*“A proposta desse trabalho surgiu a partir de um diagnóstico realizado com as Equipes de Saúde da Família do município de Sobral onde foi constatado que uma das grandes dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, no que se refere à demanda com **sofrimento psíquico** em seu território, é a falta de conhecimento teórico e prático em reconhecer e lidar com a clientela da saúde mental”. (D 2)*

*“A dinâmica do trabalho das oficinas era realizada através de leitura e discussão coletiva de textos sobre os seguintes assuntos: **conceitos, sintomas e tratamento do transtorno mental**; formas de abordagem do paciente e seus familiares com método de role-playing; manejo de condução de grupo com a comunidade; orientações sobre encaminhamentos da demanda de **saúde mental** para os serviços existentes no município e estudos de casos”. (D 2)*

✓ **Psicologia Organizacional e Escolar**

Pelos relatos no documento (D 2), surge a necessidade de se trabalhar com as questões de aprendizagem e organizacionais tendo necessidade então do entendimento dos conceitos envolvidos.

*“Trabalhar a criança e a escola: dificuldade de **aprendizagem**; dificuldade de linguagem”. (D 2)*

*“Compreender o funcionamento do **sistema da organização** e sua interferência no comportamento dentro das equipes; detectar as rotinas defensivas individuais e organizacionais que alteram o funcionamento das equipes”. (D 2)*

✓ **Psicologia Comunitária**

A psicologia comunitária demonstra ser um campo de conhecimento necessário aos psicólogos que atuam na APS.

*“A Psicologia utilizou como principais ferramentas de trabalho as noções da Clínica do Cuidado, da **Psicologia Comunitária** e da técnica de Aconselhamento”. (D 1)*

*“Utilizar os instrumentos da **psicologia comunitária** adequados ao trabalho proposto (círculo de cultura, círculo de encontro, teatro de rua, teatro do oprimido, biodança, pesquisa-ação etc.)”. (D 2)*

✓ **Aconselhamento**

Encontramos nos documentos analisados referências a algumas escolas, teorias em psicologia que servem tanto de embasamento teórico, como trazem técnicas de atendimento a indivíduos, famílias e grupos.

Dois documentos trazem o aconselhamento como uma técnica para ser utilizada nos atendimentos em saúde.

*“A Psicologia utilizou como principais ferramentas de trabalho as noções da Clínica do Cuidado, da Psicologia Comunitária e da técnica de **Aconselhamento**”. (D 1).*

*“Atendimento a idosos. Era realizado de forma individual ou em casal, sendo nossa proposta de trabalho psicológico mais de apoio ou de **aconselhamento** e escuta, visando diminuir a ansiedade do problema atual que estava afetando”. (D 3)*

✓ **Sistêmica**

A teoria sistêmica mostra-se como um suporte teórico de grande peso.

*“Trabalho de grupo com caráter terapêutico e pedagógico com: idosos, gestantes e adolescentes. A proposta deste trabalho, segundo a perspectiva **sistêmica**, era promover um espaço de discussão/reflexão a respeito da problemática vivenciada pelos indivíduos, favorecendo um estímulo ao desenvolvimento de recursos psicossociais para superação das dificuldades e conseqüente enfrentamento da problemática”. (D 2)*

*“Na procura por referenciais teóricos que dessem conta da nossa experiência os conceitos que sustentam o **pensamento sistêmico**, principalmente nos chamando atenção para a riqueza de pensar seres humanos ou situações humanas em contextos, foram os que nos deram parâmetros fundamentais para poder ancorar nossas vivências e poder chegar a construção de um conhecimento que explicasse o processo no qual estávamos inseridos”. (D 3)*

*“Consideramos que o **pensamento sistêmico** constitui-se num parâmetro teórico essencial para nosso trabalho, quando defrontamos com a ruptura da coerência, com nossas interrogações, surpresas e incertezas diante da realidade na qual estamos inseridos”. (D 3)*

*“Falávamos que um dos campos de estudo do **pensar sistêmico** refere-se ao estudo das interfaces entre os contextos, expandindo-se até redes, cascatas geracionais, organizações e comunidades”. (D 3)*

*“Seguindo essas lentes **sistêmicas**, as comunidades também deixaram de ser vistas como objeto de estudo ou de tratamento, existindo independente do observador, e começaram a ser abordadas num desenho mais flexível, compostas por pessoas que compartilham experiências e significados”. (D 3)*

✓ **Psicodrama**

O psicodrama é utilizado pelos psicólogos como um método para trabalhar o grupo, entendendo seu movimento, seus processos, com possibilidades de intervenção.

*“Utilizando os princípios do **psicodrama** como referência, buscamos abordar aquilo que mais repercute no grupo a partir do assunto sugerido, buscando-se melhorar a expressão de sentimentos e oferecer suporte para a pessoa se reconhecer diante do tema, vislumbrando, então, novas possibilidades”. (D 2)*

*“Formas de abordagem do paciente e seus familiares com método de **role-playing**; manejo de condução de grupo com a comunidade”. (D 2)*

*“Identificar qual o **tipo de grupo** que a demanda exige num determinado território (operativo, auto-ajuda, temático, terapêutico etc.); diagnosticar e avaliar o **processo grupal** em andamento”. (D 2)*

✓ **Gestalt**

No (D 4) a gestalt-terapia é referencial teórico utilizado.

*“Como a **gestalt-terapia** é o referencial teórico que permeia todo o trabalho, busca-se favorecer a conscientização das situações vivenciadas pela pessoa e pelo grupo, de modo que seja possível o desenvolvimento de recursos para lidar com as experiências, o reconhecimento dos limites e o fortalecimento do auto-apoio, aumentando, assim, a auto-estima”. (D 4)*

*“Coerente com os princípios da **gestalt-terapia**, abordagem que é o referencial teórico desse projeto, uma preocupação constante é manter postura flexível e aberta para troca sistemática de saberes com as pessoas atendidas, de modo que as nossas intervenções partam de uma demanda legítima e sejam efetivamente acessíveis a elas”. (D 4)*

✓ **Psicanálise**

Já em (D 8), a teoria psicanalítica é o referencial teórico utilizado.

*“Mais especificamente, as concepções teórica e técnica que embasam a atuação da maioria das psicólogas – a teoria **psicanalítica** – sofreram algum tipo de adequação para atender às demandas da comunidade, aos objetivos do PSF e ao trabalho em atenção básica. Assim, de acordo com uma das participantes”. (D 8).*

✓ **Psicoterapias Breves**

Na experiência relatada em (D3), os referenciais metodológicos das psicoterapias breves são utilizados.

*“A referencia metodológica é a estratégia das **psicoterapias breves**, ou seja, trabalhar em torno de um foco proposto pelo grupo à luz de vivências”. (D 3)*

✓ **Abordagem Familiar**

Nesta categoria, encontramos conceitos e embasamentos necessários sem que estejam localizados propriamente em alguma escola ou teorias em psicologia. Para estes psicólogos, é importante utilizar-se de uma abordagem familiar que venha a dar conta das dinâmicas que envolvem as famílias.

*“**Abordagem Familiar**: Avaliar, juntamente com a equipe, a estrutura, o desenvolvimento, a dinâmica, as condições materiais de vida, o estado de saúde dos integrantes e a rede social da família”. (D 2)*

*“Visitas domiciliares com profissionais da equipe como forma de conhecer a **dinâmica das famílias**, suas condições socioeconômicas para compreensão do seu processo saúde e doença, além de facilitar o acesso a quem não poderia ir a UBS. Era um instrumento utilizado pela Estratégia de Saúde da Família e um dos objetivos desta atividade era fortalecer o vínculo profissional comunidade”. (D 2)*

*“Emerge uma concepção de **família** que implica diversidade de formas que poderão variar conforme os contextos sociais, as redes e nos contextos terapêuticos construídos”. (D 3)*

*“Consideramos que atender a demanda de um indivíduo na comunidade implica sempre em olhar, ouvir, entender e compreender; a partir da **perspectiva familiar** e comunitária, nessa última no sentido de visualizar a rede pessoal –social significativa de contexto”. (D 3)*

✓ **Redes sociais**

As redes sociais se mostram como um embasamento conceitual necessário.

*“Assim, os trabalhos das **redes sociais** e individuais têm contribuído para organizar e integrar as experiências”. (D 3).*

✓ **Construção de um modelo de intervenção**

Fruto de experiência em unidades básicas de saúde, encontramos em (D 3), a sistematização de uma proposta de intervenção que está apoiada em algumas teorias. Maiores detalhes consultar o documento.

*“De igual modo, o constante “diálogo” com a experiência na qual estávamos imersos, concretizada nos atendimentos realizados, foi um aspecto que deu as bases para a **proposta de um modelo de intervenção psicológica** na comunidade. Ao falarmos de modelo, estamos implicitamente aludindo aos instrumentos de trabalho que foram sendo construídos no decorrer de nossas ações, a partir de referenciais pragmáticos observáveis, através dos quais foi possível estabelecer certa ordem a uma realidade complexa e multifacetada”. (D 3)*

✓ **Gênero, violência**

Alguns temas também tiveram destaque como gênero e violência.

*“Realizar investigações voltadas para enfoque de **gênero** no território”. (D 2)*

*“Discutir com a comunidade as formas de enfrentamento da **violência física e psicológica**, resgatando as possibilidades existentes de enfrentamento”. (D 2)*

✓ **Ciclos de Vida**

O (D 2) traz a importância de se compreender os ciclos de vida e suas dinâmicas.

“Ciclos de Vida: Capacitar a equipe quanto ao entendimento do processo de desenvolvimento psíquico da criança e do adolescente”. (D 2)

Na tabela 5, podemos observar o quadro geral quanto a competências conceituais relacionadas ao campo da psicologia. Estão relacionadas às categorias quanto ao número total de documentos analisados e número de documentos onde a categoria se fez presente. Para facilitar a visualização, a tabela foi construída em ordem decrescente.

Tabela 5 - Categorias de competências conceituais: Psicologia

Competências Conceituais: Psicologia	
Categorias	Nº documentos /ocorrências
Saúde Mental	9/2
Psicologia comunitária	9/2
Aconselhamento	9/2
Sistêmica	9/2
Abordagem Familiar	9/2
Psicodrama	9/1
Gestalt	9/1
Psicanálise	9/1
Psicoterapias Breves	9/1
Psicologia Organizacional/ Escolar	9/1
Redes sociais	9/1
Construção - Modelo de intervenção	9/1
Gênero/ Violência	9/1
Ciclos de vida	9/1
Total	9/5

Fonte: Análise documental técnica

Saúde Mental, psicologia comunitária, aconselhamento, sistêmica e abordagem familiar foram as categorias que tiveram maior expressividade. Nas

demais categorias, foram citadas apenas uma vez. A tabela 5 nos dá uma visão geral da diversidade de embasamentos que são utilizados pelos psicólogos. O total refere-se que em nove documentos, cinco fizeram referências aos aspectos conceituais. Lembramos que pelos relatos dos documentos, os aspectos conceituais são utilizados tanto como bases conceituais como objetivos metodológicos para o desenvolvimento dos processos de trabalho.

4.2.3 Metodologias

A prática dos psicólogos que atuam na área de saúde coletiva se dá através do uso de diferentes metodologias e ferramentas.

✓ Dinâmica de grupo e técnicas grupais

A dinâmica de grupo foi uma das técnicas que teve maior expressividade, sendo utilizada tanto no trabalho com a comunidade, como com os profissionais da equipe de saúde.

*“Era utilizada a técnica da Terapia Comunitária bem como **dinâmicas de grupo**”. (D 2)*

*“Utilizávamos técnicas de **dinâmicas de grupo** como forma de trabalhar os conflitos da relação interpessoal e melhorar a comunicação entre os profissionais”. (D 2)*

*“Uma estratégia positiva que tem sido utilizada com grupos na comunidade é a **dinâmica de grupo**. Os grupos são propostos em função do diagnóstico realizado em cada território juntamente com a equipe de profissionais”. (D 2)*

*“**Dinâmica de Grupo**: diante do grande número de pacientes contraindicados para psicoterapia de grupo, optou-se pela dinâmica de grupo como outra forma de atuação”. (D 4)*

*“À medida que o trabalho foi se consolidando, as **dinâmicas de grupo** demonstraram adequar-se melhor à demanda da população, revelando-se bastante úteis na ampliação do contato com os pacientes, ao se configurarem como um espaço de expressão mais autêntica”. (D 4)*

*“De acordo com a mesma autora, a atuação ocorre através de grupos informativos, grupos psicoterápicos, **dinâmicas de grupo**, teatro informativo, visita domiciliar e atendimento individual, além do trabalho com características interdisciplinares desenvolvido com a equipe, buscando discutir casos, textos específicos e desmistificar a psicologia”. (D 5)*

*“Aplicação de **técnicas grupais**: terapêutico; pedagógico; comunitário; auto-ajuda; apoio à família; oficinas de arte; círculo de cultura”. (D 2)*

A seguir, iremos apresentar as demais categorias que classificamos como metodologias de apoio para os processos de trabalho do psicólogo na APS. Encontramos nos documentos referências a: terapia comunitária, entrevistas, observação, instrumento de avaliação do clima grupal, leitura e discussão de textos, estudos de caso, diagnóstico psicológico, teatro, palestras, planos pedagógicos, aplicação de testes e pesquisa.

Podemos classificar apenas a atividade de aplicação de testes e de diagnóstico psicológico como sendo específicas do campo da psicologia.

*“Em Teresina, predominam a psicoterapia individual, o aconselhamento psicológico e a **aplicação de testes**”. (D 9)*

*“**Diagnóstico psicológico**: pesquisa ação, avaliação/elaboração de indicadores, mapas cognitivo/afetivo; mapeamento do território; Identificação dos fatores de risco da saúde mental; levantamento dos potenciais de saúde existentes na comunidade”. (D 2)*

*“Era utilizada a técnica da **Terapia Comunitária** bem como dinâmicas de grupo”. (D 2)*

*“O Projeto Saúde Mental Comunitária foi implantado em Sobral, em agosto de 2001, quando um grupo de profissionais de saúde (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social, fisioterapeuta, enfermeiros, agentes de saúde e voluntários da comunidade) iniciaram um curso de formação em **Terapia Comunitária**, articulados com o Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC)”. (D 2)*

*“Para realização desta atividade, utilizamos como metodologia a observação do funcionamento das Unidades de Saúde e do envolvimento do grupo em suas atividades, realizamos **entrevistas individuais** com membros das equipes e aplicação de instrumento de avaliação do clima grupal”. (D 2)*

“Para realização desta atividade, utilizamos como metodologia a **observação** do funcionamento das Unidades de Saúde e do envolvimento do grupo em suas atividades, realizamos entrevistas individuais com membros das equipes e aplicação de instrumento de avaliação do clima grupal”. (D 2)

“Para realização desta atividade, utilizamos como metodologia a observação do funcionamento das Unidades de Saúde e do envolvimento do grupo em suas atividades, realizamos entrevistas individuais com membros das equipes e aplicação de **instrumento de avaliação** do clima grupal.” (D 2)

“Oficina de capacitação ocorria semanalmente na Unidade de Saúde com duração de duas horas totalizando assim trinta horas de capacitação. A dinâmica do trabalho das oficinas era realizada através **de leitura e discussão coletiva** de textos sobre os seguintes assuntos: conceitos, sintomas e tratamento do transtorno mental”. (D 2)

“Manejo de condução de grupo com a comunidade; orientações sobre encaminhamentos da demanda de saúde mental para os serviços existentes no município e **estudos de casos**”. (D 2)

“**Teatro Informativo**: devido às peculiaridades das atividades desenvolvidas pelos profissionais da Psicologia, surgiu a necessidade da realização de uma palestra para os pacientes, onde seriam explicitadas a proposta da Psicologia e a descrição de algumas características principais: objetivos, sigilo, composição dos grupos, esclarecimentos sobre concepções errôneas a respeito da psicoterapia e do psicólogo”. (D 4)

“Cerca de 46% dos psicólogos entrevistados realizam psicoterapia aliada a outras atividades como **palestras**, visitas a escolas, visitas domiciliares, supervisão a outros profissionais e planejamento da equipe”. (D 6)

“Sensibilizar os profissionais de saúde para questões da SM, para uma melhor aproximação destes com a clientela e, conjuntamente, construir (traçar) **planos pedagógicos** e terapêuticos voltados para a clientela da saúde”. (D 2)

“Junto com os questionamentos e sem muitas pretensões, pois não sabíamos de nossas reais possibilidades, deixamos que essa realidade nos invadissem, para assim senti-la. Concomitantemente, implementamos uma **pesquisa** para saber qual era a representação social que as pessoas dessa realidade tinham a respeito do psicólogo e seu fazer”. (D 3)

Na tabela 6, podemos observar o quadro geral quanto a competências conceituais relacionadas a metodologias de apoio. Estão relacionadas às categorias quanto ao número total de documentos analisados e número de documentos onde a

categoria se fez presente. Para facilitar a visualização, a tabela foi construída em ordem decrescente.

Tabela 6 - Categorias de competências conceituais: metodologias de apoio

<i>Competências Conceituais: Metodologias de apoio</i>	
Categorias	Nº documentos /ocorrências
Dinâmica de Grupo e Técnicas grupais	9/3
Terapia comunitária	9/1
Entrevistas	9/1
Observação	9/1
Instrumento de avaliação clima grupal	9/1
Leitura e discussão de textos	9/1
Estudos de caso	9/1
Diagnóstico psicológico	9/1
Teatro	9/1
Palestras	9/1
Pesquisa	9/1
Total	9/6

Fonte: Análise documental técnica

Dinâmica de grupo foi a metodologia mais citada, em três de nove documentos analisados. As demais ferramentas foram citadas apenas uma vez. O total refere-se que em nove documentos, seis fizeram referências aos aspectos metodológicos.

4.3 Competências comportamentais

As competências comportamentais se relacionam ao domínio afetivo, dizem respeito às atitudes e valores.

✓ **Atitudes e Valores**

*“De certa maneira, o tema **flexibilidade** no campo psicológico surgiu como uma abertura em termos de intervenção, para poder contornar a*

tiranía dos fundamentos teórico-técnicos que se impunham ao profissional, dando voz ao contexto ou à realidade onde estava inserido". (D 3)

*"Essa situação trouxe à tona a questão de princípios **éticos** que permeavam nosso trabalho e que não podíamos deixar de lado". (D 3)*

*"Cabe apontar, em termos de conclusão deste capítulo, que para realização de qualquer atividade do psicólogo na comunidade torna-se necessário o desenvolvimento da postura interdisciplinar, entendida como uma condição de **humildade** ao nível profissional e pessoal, para saber aceitar e escutar os saberes que se conjugam numa unidade de saúde". (D 3)*

*"O comprometimento com o trabalho (CT) entre os psicólogos está associado ao cumprimento dos deveres e obrigações que o serviço impõe tais como **pontualidade, assiduidade, obedecer às normas do local, cordialidade, ou seja, ter responsabilidade** não transferindo suas atribuições a outrem". (D 9)*

Na tabela 7, podemos observar o quadro geral quanto a competências comportamentais. Estão relacionadas às categorias quanto ao número total de documentos analisados e número de documentos onde a categoria se fez presente. Para facilitar a visualização, a tabela foi construída em ordem decrescente.

Tabela 7 - Categorias de competências comportamentais: atitudes e valores

Competências Comportamentais	
Categorias	Nº documentos /ocorrências
Flexibilidade	9/1
Ética	9/1
Humildade	9/1
Pontualidade	9/1
Assiduidade	9/1
Cordialidade	9/1
Responsabilidade	9/1
Total	9/2

Fonte: Análise documental técnica

Cada atitude foi citada apenas uma vez. O total refere-se a termos encontrados com referência às atitudes em apenas dois documentos dos nove consultados.

4.4 Síntese de competências de acordo com a análise de documentos técnicos

A tabela 8 traz o resumo das competências do psicólogo para o trabalho na APS levantadas na análise documental. Estão relacionadas às categorias quanto ao número total de documentos analisados e número de documentos onde a categoria se fez presente.

Tabela 8 - Síntese de competências de acordo com a análise de documentos técnicos

<i>Competências do Psicólogo para Processo de Trabalho em APS:</i>	
<i>Documentos técnicos</i>	
<i>Categorias</i>	<i>Nº de documentos/ocorrências</i>
Competências Operacionais	
Atenção à saúde	
Atenção à saúde individual	9/8
Atenção à saúde dos grupos	9/8
Atenção domiciliar	9/5
Atenção à comunidade	9/5
Territorialização	9/4
Demanda e Prevalência	9/4
Atenção à saúde da família	9/2
Resolubilidade	9/2
Gestão dos serviços de atenção à saúde	
Equipe de Saúde	9/6
Encaminhamento	9/4
Planejamento/Organização	9/4
Atendimento de urgência	9/2
Atendimento por agendamento	9/1

continua

Competências do Psicólogo para Processo de Trabalho em APS: Documentos técnicos	
Categorias	Nº de documentos/ocorrências
Triagem de atendimentos	9/1
Monitoramento e avaliação	9/1
Organizacional da Unidade de saúde	
Atenção à saúde da equipe	9/3
Clima organizacional	9/1
Capacitações	9/1
Competências Conceituais	
Saúde Coletiva	
Integralidade/ conceito ampliado saúde	9/4
Promoção da Saúde	9/4
Interdisciplinar	9/3
Acolhimento	9/2
Clínica do cuidado	9/1
Intersetorialidade	9/1
Doenças crônico-degenerativas	9/1
Psicologia	
Saúde Mental	9/2
Psicologia comunitária	9/2
Aconselhamento	9/2
Sistêmica	9/2
Abordagem Familiar	9/2
Psicodrama	9/1
Gestalt	9/1
Psicanálise	9/1
Psicoterapias Breves	9/1
Psicologia Organizacional/ Escolar	9/1
Redes sociais	9/1
Construção de um modelo de intervenção	9/1
Gênero/ Violência	9/1
Ciclos de vida	9/1
Metodologias	
Dinâmica de Grupo e Técnicas grupais	9/3

continuação

Competências do Psicólogo para Processo de Trabalho em APS:

Documentos técnicos

Categorias	Nº de documentos/ocorrências
Terapia comunitária	9/1
Entrevistas	9/1
Observação	9/1
Instrumento de avaliação do clima grupal	9/1
Leitura e discussão de textos	9/1
Estudos de caso	9/1
Diagnóstico psicológico	9/1
Teatro	9/1
Palestras	9/1
Técnicas grupais	9/1
Competências Comportamentais	
Flexibilidade	9/1
Ética	9/1
Humildade	9/1
Pontualidade	9/1
Assiduidade	9/1
Cordialidade	9/1
Responsabilidade	9/1

Fonte: Análise documental técnica

Conclusão

A metodologia utilizada possibilitou um desenho sistêmico dos processos de trabalho desenvolvidos em várias regiões do Brasil e por psicólogos com diferentes formações. Os diferentes contextos, as escolhas teóricas, as demandas encontradas, os objetivos de trabalho, trouxeram diversidade e amplitude de ações e trazem para a pesquisa uma rica fonte de dados no sentido de questionamentos e bases para a construção da síntese propositiva de competências a ser apresentada no capítulo 7 da pesquisa.

Pelo desenho da tabela 8, podemos perceber que são as competências operacionais de atenção à saúde que tiveram maior peso e foram as mais citadas nos documentos. A atenção à saúde individual e atenção à saúde dos grupos, com forte viés terapêutico, surgem como os dois processos de trabalho mais realizados pelos psicólogos. Cabe lembrar que a política Nacional da Atenção Básica diz que a

atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações do ponto de vista individual e coletivo que abrangem a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Mesmo que a atenção à saúde individual possa vir a ser uma das maiores demandas da população, trazemos o questionamento de que, se além da demanda, estas não seriam as práticas que encontram uma relação mais forte com a formação do psicólogo ou mesmo pela orientação conceitual que encontramos nos documentos citados, a psicologia clínica?

A atenção domiciliar, a atenção à comunidade e a territorialização acena para práticas que inserem o psicólogo como um profissional de saúde, que faz parte de uma equipe e que entende seus processos de trabalho de forma mais ampla dentro da saúde coletiva. Estas práticas possibilitam uma nova era da psicologia, ou seja, a de construir um perfil da atuação que possa dar conta das demandas e necessidades da população dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

A atenção à saúde familiar não se mostrou tão forte, contrariando uma das particularidades da APS, a abordagem familiar. A questão da resolubilidade também foi pouco expressiva, o que pode acenar várias questões como: dificuldades na gestão dos serviços, de monitoramento e avaliação entre outros.

As atividades de atenção à saúde somente atenderão e terão resolubilidade se existir a clareza de que os serviços precisam ser planejados e organizados. As competências ligadas à gestão dos serviços de atenção à saúde, da maneira que se apresentaram nos documentos, precisam de mais atenção por parte dos psicólogos.

Encontramos a questão da equipe de saúde com destaque, mostrando-se como uma condição prévia, bem como a necessidade do psicólogo estar na equipe. O que confirma a necessidade de ser ter uma equipe multiprofissional composta por vários profissionais de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Tiveram também representatividade o encaminhamento, o planejamento e a organização. Mas ainda mostram-se insuficientes, pois a realização dos processos de encaminhar, triar, atender por urgência ou agendar são ações que devem ser planejadas e acompanhadas, precisam ter uma sistemática definida e avaliada constantemente. O planejamento, a implantação, o monitoramento e ações de correções e ou de melhorias são fundamentais para um processo de gestão de serviços. Os serviços possuem características próprias e precisam deste fluxo para alcançar os objetivos propostos.

A atividade de planejamento e avaliação é um dos pilares para implantar a atenção básica no Brasil como prevê a Política nacional de Atenção Básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

As competências organizacionais ligadas à unidade de saúde, como atenção à equipe de saúde, gestão do clima organizacional e capacitações podem construir mais um núcleo de atuação do psicólogo? Esta questão precisa ser discutida com maior aprofundamento.

Nas competências conceituais na área de saúde coletiva, chamam a atenção vários aspectos. Os aspectos positivos são que os conceitos da integralidade, promoção de saúde, interdisciplinaridade, acolhimento, intersetorialidade fazem parte do corpo de conhecimento e de aplicação dos psicólogos. Entendemos que embora não tenhamos classificado como conhecimentos situações que se apresentaram apenas como processo de trabalho e podemos inferir quando citados como processos, são de domínio conceitual.

Embora também percebamos que muitas outras particularidades da atenção primária não tenham sido apresentadas como: participação da comunidade, controle social, vigilância em saúde, gerenciamento local, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, educação continuada e trabalho em equipe. Inferimos que talvez a especificidade dos relatos não permitisse tal aprofundamento.

Nas competências conceituais relacionadas à psicologia, mostram-se vários aportes teóricos, dependendo principalmente da formação e escolha do profissional pela área de maior identificação, ou da qual ele utiliza em outros contextos de trabalho.

As metodologias citadas apontam para a necessidade de utilizar vários instrumentos, não ficando limitado apenas ao campo da psicologia. Podem ser incluídas ferramentas que possibilitem discussões, a participação das pessoas, situações de pesquisa que mostraram-se promissoras.

A menção para comportamentos foi pouca, fazendo com que a construção do núcleo de competências comportamentais deixe a desejar.

A visão geral da análise documental nos leva a um pressuposto:

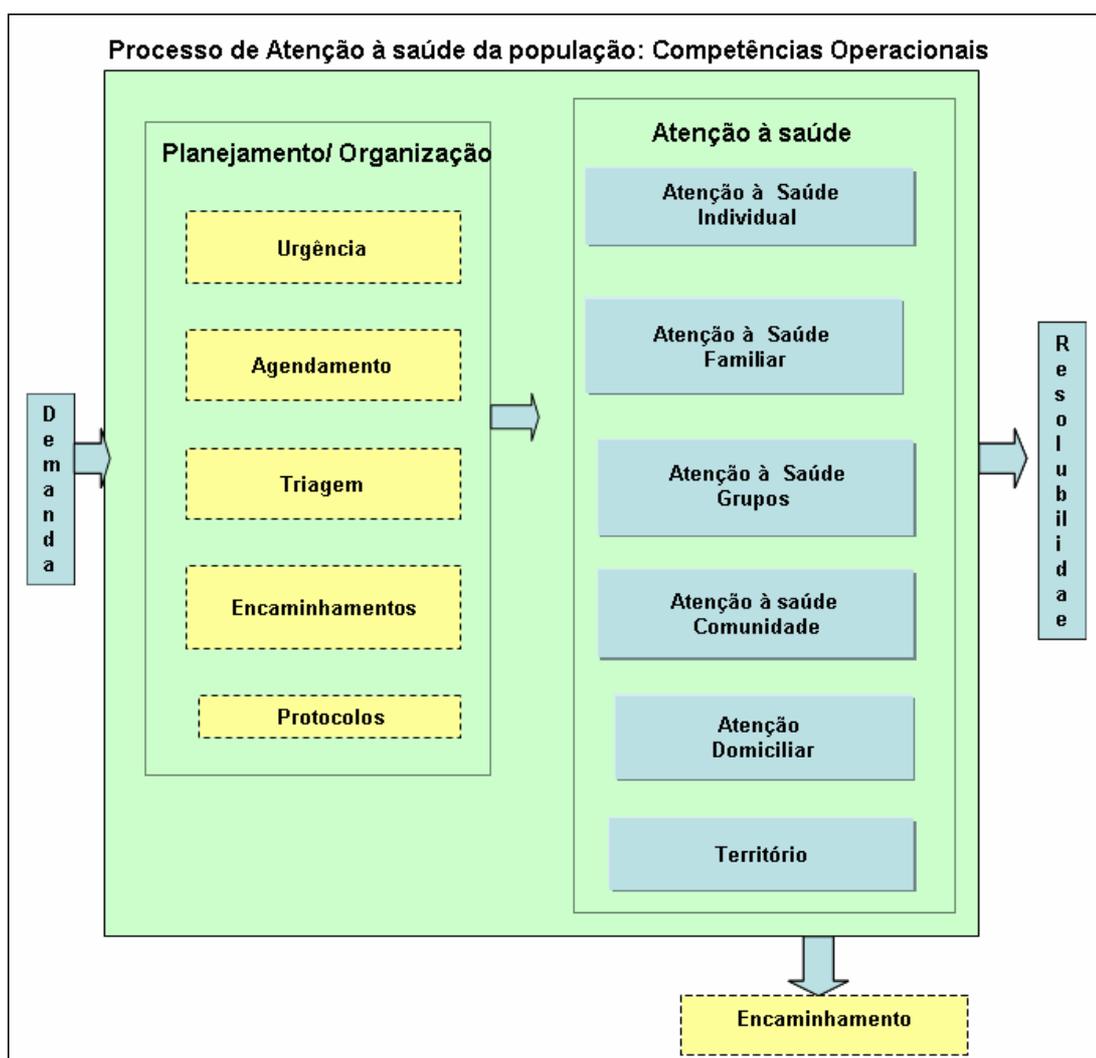
De que o psicólogo foi para campo sem um questionamento maior, realizando o que foi solicitado, ou mesmo o que ele sabia fazer, sem o devido conhecimento dos aspectos que envolviam a atenção à saúde coletiva, utilizando dos conhecimentos da psicologia apresentados e das metodologias conhecidas. Os

estudos mais recentes já mostram um grau de maturidade, trazendo propostas mais abrangentes e sinérgicas à APS.

A figura 2 apresenta através do macrofluxo o desenho do processo de atenção à saúde da população construída a partir da análise documental. Em um macrofluxo, consideramos:

- as entradas;
- os processos, subprocessos e atividades desenvolvidas;
- as saídas, os resultados esperados e alcançados.

Um processo pode ser entendido como o desenvolvimento de várias atividades visando um fim específico que pode ser um produto, um serviço. O macrofluxo prevê a interação entre os elementos e permite uma visualização dos mesmos, facilitando a compreensão das competências operacionais.



Fonte: O autor.

FIGURA 2 – Desenho do processo de atenção à saúde da população com base na análise documental.

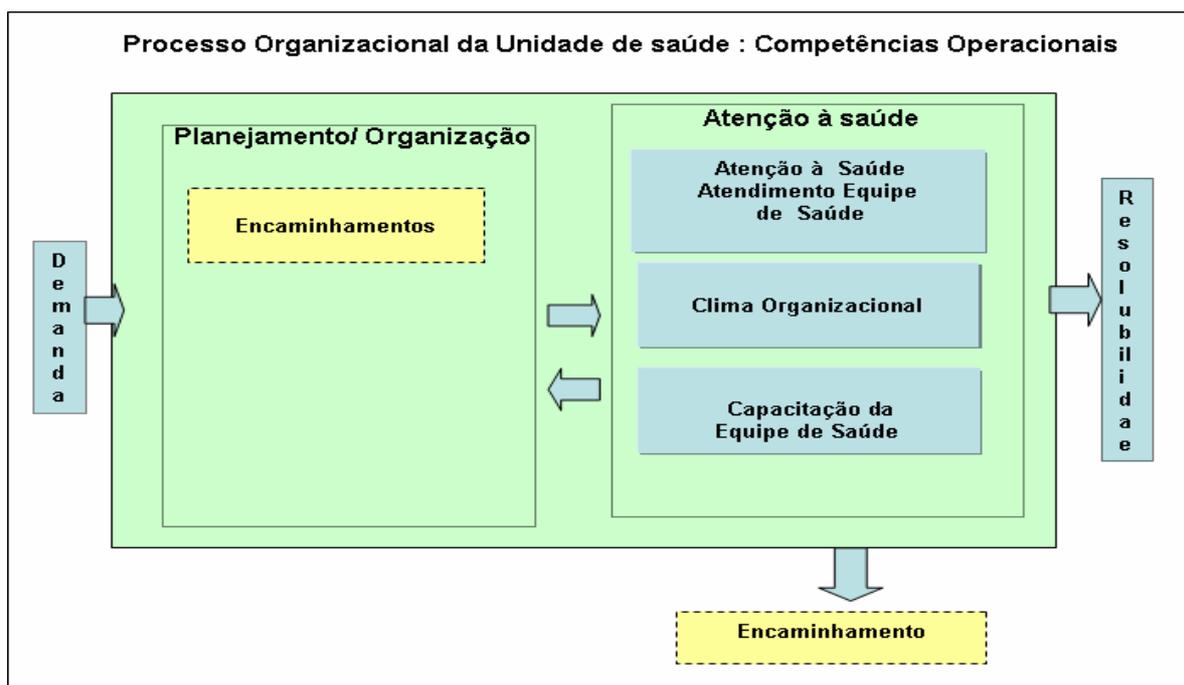
Podemos observar o desenho da figura 2 que a **demanda** pelos serviços pode se dar através das seguintes **entradas**: pelo processo de territorialização, encaminhamentos da equipe de saúde e instituições ou pela procura direta da população pelos serviços de saúde.

Através da análise documental, percebemos que o psicólogo tem uma proposta de atuação onde serão realizados os seguintes **processos de trabalho**: a territorialização, a atenção domiciliar, a atenção à saúde individual (criança, adolescente, adultos e idosos), familiar (casal), grupos (terapêuticos e de promoção da saúde) e da comunidade (rede de apoios e ações diretas).

Para realizar estes processos, o profissional utiliza-se de **elementos de gestão** como planejamento e organização. Através da triagem, do atendimento de urgência, do agendamento, do preenchimento de protocolos e do encaminhamento, ele operacionaliza os processos.

Ao final, os resultados, as **saídas** das atividades são medidos pela resolubilidade, trabalhada através do elemento de gestão, avaliação e monitoramento.

A figura 3 apresenta através do macrofluxo o desenho do processo organizacional da Unidade de Saúde.



Fonte: o autor.

FIGURA 3 – Desenho do processo organizacional da unidade de saúde com base na análise documental

Podemos observar que as **entradas** para o desenvolvimento das atividades se dão através da demanda e das necessidades pelos serviços. Percebemos que o psicólogo tem uma proposta de atuação do ponto de vista organizacional pelos seguintes **processos de trabalho**: atenção à saúde da equipe, clima organizacional (relações interpessoais) e capacitação da equipe.

Para realizar estes processos o profissional utiliza-se de **elementos de gestão** como planejamento e organização, através do encaminhamento.

Ao final, os resultados, as **saídas** das atividades são medidos pela resolubilidade.

Reafirmamos que esta etapa metodológica da pesquisa possibilitou a construção de um desenho de competências bastante interessante e deu vários subsídios para a próxima etapa de coleta de dados da pesquisa que é a consulta aos especialistas.

CAPÍTULO 5

CONSULTA AOS ESPECIALISTAS

Dando seqüência à coleta de dados da pesquisa, foram consultados os especialistas, esta é a segunda etapa da triangulação de dados. Os especialistas contribuíram para a obtenção de dados tanto do ponto de vista acadêmico, como prático, pois seu contato com estagiários, residentes favorece a integração entre a pesquisa e a experiência concreta, espera-se que tragam elementos e reflexões importantes para este estudo.

Para consultar os especialistas, utilizou-se a técnica da entrevista através de roteiro semi-estruturado (Apêndice A). Os participantes foram dois psicólogos pesquisadores e docentes com interface na área de saúde coletiva. Os psicólogos entrevistados possuem mestrado e são professores desde 1994, em universidades da região nas áreas de psicologia social, história da psicologia, técnicas de pesquisa etc. Os dois possuem experiência na área de saúde coletiva e supervisionam estágios com temas relacionados à psicologia e saúde coletiva.

Fases que foram seguidas na realização das entrevistas:

- foi realizado contato prévio com os participantes para escolha de data e local para realização das entrevistas;
- no dia das entrevistas apresentou-se para assinatura o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A);
- cada entrevista teve a duração de aproximadamente 50 minutos;
- os dados foram gravados e depois transcritos;

Para Ludke e André (1986), a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, com qualquer tipo de informante sobre os mais variados fatos; permite correções, esclarecimentos e adaptações.

Optou-se nesta pesquisa pela entrevista semi-estruturada por considerar que ela mantém a presença consciente e atuante do pesquisador ao mesmo tempo em que permite ao entrevistado liberdade para expor suas idéias e opiniões. Para Triviños (1995, p.146),

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e

hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as repostas do informante.

As entrevistas foram tratadas através da análise de conteúdo, que na presente pesquisa seguiu as seguintes etapas:

- pré-análise: organização do material das entrevistas, definição das unidades de registro, unidades de contexto, leitura flutuante de todo o material;
- categorização: definição das categorias, palavras e expressões;
- classificação: agrupamento temático de categorias;
- análise inferencial: interpretação das fases anteriores.

Após inúmeras leituras, o pesquisador deve examinar os dados e tentar detectar temas e temáticas mais freqüentes, num procedimento indutivo que irá culminar na construção de categorias ou tipologias. As construções de categorias irão surgir num primeiro momento do referencial teórico em que está apoiada a pesquisa; é muito provável que este conjunto inicial de categorias se modifique ao longo da pesquisa, em um processo de confronto entre a teoria e a experiência. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Neste capítulo, serão apresentadas as categorias de competências encontradas com base na análise de conteúdo das entrevistas com os especialistas. As categorias de competências serão apresentadas através das unidades de registro que serão mostradas, diferenciando-se das citações literais, com fonte em itálico, emprego de aspas e recuo de 2 cm da margem esquerda. Cada unidade de registro trará uma codificação, utilizando-se a letra E (Especialista) e a numeração seqüencial em algarismos arábicos correspondente ao especialista consultado. Considerar os grifos como grifos nossos.

Alguns detalhamentos para efeitos de subcategorização serão discutidos após algumas das competências operacionais, e ao final do capítulo será apresentada a análise inferencial dos dados levantados nas entrevistas.

5.1 Competências operacionais

5.1.1 Processos de trabalho específicos do psicólogo

Neste agrupamento, estão descritas as categorias de processos de trabalho que aparecem nas entrevistas como especificidade de atuação do psicólogo.

Como podemos observar pelo relato de (E 2), existe uma divisão entre os processos de trabalho que são específicos do psicólogo e os que são comuns à equipe de saúde.

*“Então tem questões que são temáticas, por exemplo, semana nacional do meio ambiente, então a equipe organiza uma proposta de trabalho educativa com a comunidade nos colégios, no pátio da unidade, para falar de saúde e meio ambiente, posso ter **contribuições específicas**, posso falar da própria **ecologia dos relacionamentos**, enfim posso organizar uma dinâmica, alguma coisa que a gente **tem mais domínio**”. (E 2)*

*“A gente entende assim, tem coisas que são **específicas de cada profissional** e tem coisas que são transversais, tem nível de verticalidade, mas tem um nível de horizontalidade também”. (E 1)*

A seguir, apresentamos as categorias encontradas como atividades específicas do psicólogo.

✓ **Atenção à saúde individual**

Adotamos nesta pesquisa o termo atenção à saúde associado ao público para o qual é dirigida a atenção. Quando a atenção é dada a um indivíduo somente, denominamos de atenção individual, e ao sistema familiar chamamos de atenção à saúde familiar.

Nas entrevistas com os especialistas, o termo singularizado é utilizado tanto para denominar a atenção à saúde de indivíduos, como para o sistema familiar, mas percebemos especificidades em relação aos termos, como podemos constatar pelas unidades de registro descritas abaixo.

*“Primeiro eu entendo que é **singularizado** por uma questão conceitual, a gente não trabalha com indivíduos, mas sim com **sujeitos singulares**, que são **construídos nas relações coletivas**”. (E 2)*

*“No atendimento **singularizado** a gente trabalha dentro da lógica do que o pessoal do Ministério gosta de chamar de clínica ampliada e eu prefiro chamar de clínica do cuidado, é **singularizado por que tem hora marcada**”. (E 1)*

Percebemos que para (E 2) o atendimento é singularizado porque traz a questão de sujeitos singulares, enquanto que para (E 1) é por que tem hora marcada. Podemos inferir que um dos especialistas traz a questão do contexto

social e cultural das pessoas enquanto sujeitos dotados de uma singularidade, uma história pessoal, enquanto o outro traz uma das especificidades para o processo de trabalho que é a do agendamento.

É importante que este conceito possa ser discutido, aprofundado principalmente em relação aos seus sentidos e significados.

Os relatos descritos a seguir trazem questões referentes à forma de agendar consultas, encaminhamentos e demandas.

*“Sim, a consulta é **agendada** e passa pelo encaminhamento, a maioria delas passa pelo **encaminhamento médico**, alguns vêm de contatos com estas instituições, de visitas, da atenção dada pela agente comunitária de saúde ou pela enfermeira, mas vamos dizer **que 70% são encaminhados pelo médico**”. (E 2)*

*“Sempre tem o **encaminhamento** feito pelo médico, então o encaminhamento pode ser dado pelo médico com ou sem documentação, às vezes ele só passa um bilhetinho e pede, às vezes dependendo da situação, nós pedimos para fazer **referência e contra-referência** mesmo sendo o médico da comunidade. Porque às vezes o médico não dá tanto **espaço de diálogo**, tem situações que ACS **agenda para** pessoa, às vezes a enfermeira da unidade, então a gente tenta viabilizar qualquer forma de acesso, não tem nenhum tipo de restrição”. (E 1)*

*“Pode ser **demanda espontânea**, pode ser **organizada** por qualquer pessoa que trabalha na unidade. E a gente às vezes também recebe encaminhamentos de fora da unidade, mas a gente não atende se não for atenção primária”. (E 1)*

Nos relatos acima, existem três questões que são relevantes e merecem ser discutidas.

A primeira diz respeito à questão da referência e contra-referência, onde a nosso ver a relação da atenção passa a ser secundária. Pois a relação do psicólogo com os demais profissionais de saúde acontece apenas dentro da lógica do encaminhamento ficando restrita a relação multiprofissional apenas.

A segunda refere-se ao rompimento da relação primária e secundária abrindo um espaço para um sistema de redes de atenção onde se dilui a relação de referência e contra-referência, pois as pessoas podem acessar o sistema de diversas formas. Mas cabe ressaltar que as redes de atenção atuam de forma horizontal, são de base territorial e que os conceitos de atenção primária e secundária ficam diluídos. Muitas vezes, os psicólogos impregnados com a lógica do

modelo biomédico encontram dificuldades de se enquadrar na atenção primária e romper com este modelo hierárquico de atenção à saúde.

Estas questões merecem nossa atenção e discussões e cabe o seguinte questionamento: a atuação do psicólogo poderia se dar dentro da lógica de redes de atenção?

A terceira questão diz respeito à relação interdisciplinar onde o médico não abre um espaço para o diálogo e para um trabalho em equipe e a relação passa a ser somente disciplinar com processos de referência e contra-referência não caracterizando ações interdisciplinares. Deste modo, o psicólogo estaria apenas ocupando o mesmo espaço físico.

Outro processo de trabalho apontado pelos entrevistados é o atendimento de urgência, sendo que para um dos especialistas existe uma reserva de horário para esta modalidade de atendimento, já (E 2) não considera necessário deixar horários reservados para este tipo de atendimento, conforme descrito abaixo.

*“Nós temos a noção de acolhimento, mas não de atendimento de **urgência** para não caracterizar a questão do pronto-atendimento, isto cria uma cultura muito complicada no território, mas esse acolhimento é o suficiente para esta pessoa se sentir bem e visualizar uma possibilidade de atenção no serviço; eu particularmente não concordo de fazer da unidade de atenção primária um pronto-socorro, acho que não é o papel da APS”. (E 2)*

*“Do jeito que a gente monta a agenda de atendimento sempre todos os dias dentro da unidade tem como fazer um **pronto-atendimento**, ou pelo psicólogo ou depois que o psicólogo está lá ele ajuda as pessoas a pensar no pronto-atendimento por que tem todo um mito que se uma pessoa chega chorando só o psicólogo poderia atender, é bobagem, se a pessoa está chorando, ela quer ser acolhida”. (E 1)*

*“Então a gente procura sempre deixar uma possibilidade de agenda, como a gente vai acompanhando, sabe quais são os dias da semana de maior **urgência**, então ali a gente acaba localizando horas para o pronto-atendimento”. (E 1)*

*“O **pronto-atendimento** tem a característica mais individualizada, por que naquele momento é aquela pessoa que está se queixando, dificilmente vem uma família no pronto-atendimento, normalmente é uma pessoa. Então esta pessoa é logo acolhida e agendada, normalmente quando a gente encaixa rápido isto causa uma surpresa para a pessoa, quando ela alivia e vem no momento seguinte que não devia ser além de uma semana”. (E 1)*

Estas questões chamam atenção por mostrarem certas especificidades. Para um dos entrevistados, o pronto-atendimento faz parte de um processo de trabalho, que está estruturado e organizado, enquanto para (E 2) não deve ser encarado como um processo de trabalho; para ele a necessidade da pessoa deve ser atendida, mas sem caracterizar uma atividade definida. Ele comenta que este não é papel do psicólogo na APS. Diante destas questões, perguntamos: este processo de trabalho deve fazer parte do rol de competências do psicólogo?

Os relatos acima nos levam também a outra categoria, a do acolhimento, como podemos observar abaixo.

*“Nós temos a noção de **acolhimento**, mas não de atendimento de urgência para não caracterizar a questão do pronto-atendimento, isto cria uma cultura muito complicada no território, mas esse acolhimento é o suficiente para esta pessoa se sentir bem e visualizar uma possibilidade de atenção no serviço, eu particularmente não concordo de fazer da unidade de atenção primária um pronto-socorro, acho que não é o papel da APS”. (E 2)*

*“Do jeito que a gente monta a agenda de atendimento sempre todos os dias dentro da unidade tem como fazer um pronto-atendimento, ou pelo psicólogo ou depois que o psicólogo está lá, ele ajuda as pessoas a pensar no pronto-atendimento por que tem todo um mito que se uma pessoa chega chorando só o psicólogo poderia atender, é bobagem, se a pessoa está chorando ela quer ser **acolhida**”. (E 1)*

*“O pronto-atendimento tem a característica mais individualizada, por que naquele momento é aquela pessoa que está se queixando, dificilmente vem uma família no pronto-atendimento, normalmente é uma pessoa. Então esta pessoa é logo **acolhida** e agendada, normalmente quando a gente encaixa rápido isto causa uma surpresa para a pessoa, quando ela alivia e vem no momento seguinte que não devia ser além de uma semana”. (E 1)*

*“Penso esta questão da pessoa poder discutir um pouco o plano de vida, então as pessoas que a gente tem recebido ali, são pessoas com diferentes necessidades, basicamente com distúrbios do humor, síndrome do pânico, então tem um momento mais agudo de sofrimento, então há o **acolhimento** desta pessoa, de discussão de possibilidades é a proposta para esta pessoa, até a possibilidade dela se inserir em outras atividades ou vendo que outros recursos têm no território”. (E 2)*

Pelo relato dos especialistas, o acolhimento mostra-se como uma forma de atenção e de vigilância em saúde no território, sendo um conceito internalizado e colocado em prática através de várias ações.

Quanto aos objetivos dos atendimentos, da atenção à saúde individual, podemos observar pelos relatos dos entrevistados que giram em torno do auxílio na construção do plano de vida, do acolhimento, do cuidado integral, da busca pela autonomia e qualidade de vida dos sujeitos.

*“Então a lógica é manter a atenção, manter o **cuidado integral**, colaborar, discutir as propostas de melhoria para cuidar da saúde dele, sem a ilusão de que existem pessoas doentes, tem pessoas que no momento da vida os agravos que a acometem são impeditivos de manter o cotidiano, esse é um critério que eu uso, a pessoa está deprimida e tal, mas estar deprimido e ter depressão tem uma diferença, a pessoa está deprimida, mas continua trabalhando, cuida dos filhos, mantém a casa e tal, para esta pessoa se tem uma proposta, a pessoa vem de um processo de luto e depressão e tal e não consegue mais sair de casa nem para vir para unidade, é outra proposta”. (E 2)*

*“Devolver a possibilidade dele, da condição de saúde e de **autonomia** dele, por isso que o tempo de atendimento também em média chega a três sessões. É sempre produção de **qualidade de vida e de autonomia**”. (E 1)*

*“Então acho que a psicologia no PSF vai cuidar do **projeto de vida** das pessoas, da **qualidade de vida** destas pessoas, visando a **emancipação** dos sujeitos”. (E 1)*

Observamos que os objetivos pelos quais os atendimentos são realizados mostram várias fortalezas no sentido de sinergia com os princípios do SUS, a atenção aos elementos constituintes da APS e a uma psicologia comprometida socialmente.

A questão do cuidado integral traz à tona o princípio da integralidade da atenção, a busca pela autonomia dos sujeitos está atrelada à questão do emponderamento, a produção de qualidade de vida e o cuidado com o projeto de vida das pessoas que associam-se à integralidade, à produção de saúde e ao cuidado longitudinal.

Estas fortalezas mostram um processo de amadurecimento que culmina com a construção de um papel e uma identidade para os psicólogos dentro da saúde coletiva.

Dando seqüência à apresentação das categorias, expomos o que os especialistas têm como propostas quanto ao modo de fazer o atendimento.

*“No primeiro encontro é a elaboração do **diagnóstico**, a gente não trabalha sem um diagnóstico da situação, então a primeira coisa é*

*identificar qual o problema desta pessoa, se é familiar, se é pessoal, se é escolar, enfim a queixa que ele traz. Na elaboração do **diagnóstico** além de ver qual é o problema que a pessoa tem a gente sempre tenta ver o que tem ela tem de **organização positiva** na vida dela, os americanos chamam de psicologia positiva, que é um pouco do que a gente aprendeu na faculdade que é valorizar o que a pessoa tem de bom, como ela consegue dar conta da situação. Como que ela consegue se organizar, são sempre olhadas as condições materiais, sociais, naturais e daí a gente vai para um modelo de aconselhamento, e ajuda a pessoa neste processo de organização, mas além disso também faz prescrições". (E 1)*

*"E às vezes é **prescritivo** como, por exemplo, as pessoas que chegam lá com problemas para dormir, daí a gente tem algumas dicas para higiene do sono. E daí dá alguma coisa escrita e negocia o que pode ser mudado, por que também nós não podemos invadir a privacidade das pessoas". (E 1)*

*"Por isso cabe **orientação**, cabe **promoção da saúde**, cabe discutir com a pessoa as várias questões da vida dela". (E 1)*

*"Penso esta questão da pessoa poder discutir um pouco o **plano de vida**, então as pessoas que a gente tem recebido ali, são pessoas com diferentes necessidades, basicamente com distúrbios do humor, síndrome do pânico, então tem um momento mais agudo de sofrimento, então há o **acolhimento** desta pessoa, de **discussão de possibilidades**, é a **proposta** para esta pessoa, até a possibilidade dela se inserir em outras atividades ou vendo que outros recursos tem no território". (E 2)*

A forma de fazer o atendimento se mostra diferenciada para os dois especialistas, mas dentro de suas metodologias existem elementos importantes que gostaríamos de citar. A promoção de saúde, o acolhimento, a busca por possibilidades de emponderamento parecem servir como bússolas que orientam a metodologia a ser escolhida e utilizada, onde a metodologia vem atrelada a um compromisso, ela é um meio e não um fim. Consideramos que quando a metodologia é um fim, ela se apresenta muito mais como um imperativo conceitual, uma bandeira, que pode comprometer os resultados do trabalho e a inserção dos psicólogos na APS.

Ainda dentro das especificidades do atendimento à saúde individual, podemos observar pelos relatos dos especialistas que existe previamente um número de sessões definidas, porém que irá oscilar para mais ou para menos dependendo da necessidade das pessoas. Os dois entrevistados consideram importante a questão do acompanhamento. Eles estruturam uma sistemática dentro de uma lógica de

número de sessões, periodicidade e forma de acompanhamento os quais podemos perceber através dos apontamentos abaixo.

*“Para nós o usuário vem **semanalmente** se precisar, vem de **três semanas** se precisar, vem **mensalmente** se precisar, é um pouco a lógica do atendimento nos Estados Unidos que dá alta e depois no mês seguinte faz um **acompanhamento**”. (E 1)*

*“Eu faço uma proposta que é meio pacote assim, minha idéia é sujeita a alteração, a principio o contrato que eu faço com estas pessoas é **5 atendimentos consecutivos**, quando necessário, às vezes não é necessário, 5 semanas consecutivas este atendimento mínimo de meia hora, depois destes 5 atendimentos não esgotando a necessidade ou satisfazendo e havendo uma melhora e uma organização mínima da vida, isso passa para encontros quinzenais durante um período de 5 a 10 encontros e havendo melhora e tal, isso passa a ser **mensal** ou vai para visita domiciliar ou fica livre para a pessoa procurar, de modo geral, quando chega a ir para o mensal, a pessoa já está com a vida organizada, então ela tem o acesso, eu trabalho muito com a questão do plano de vida”. (E 2)*

*“Tem muita gente, tem **seis ou sete atendimentos**, mas tem muitos casos que fica em só **um atendimento**, a pessoa vem apenas buscar uma orientação, a gente esclarece a dúvida da pessoa, às vezes a pessoa chega com uma queixa que pode ser trabalhada em uma consulta apenas. Às vezes é um atendimento relativamente rápido, mas tem casos que a pessoa precisa de mais tempo, a gente atende e faz vários acompanhamentos que podem ser mensais, quinzenais”. (E 1)*

Em relação ao tempo de atendimento para (E1), existe uma média de atendimento em torno de 40 minutos, enquanto para (E2) é de 30 minutos. Também podemos perceber que pode existir oscilação para mais ou para menos tempo dependendo da agenda do psicólogo para aquele dia e da necessidade do caso.

*“A gente faz um tempo médio em torno de **40 minutos**, mas assim pode levar uma hora, tudo vai depender de como está a agenda. Então se tiver faltado alguém e a pessoa quiser conversar uma hora e meia a gente conversa. Não tem um protocolo em relação a tempo, a diretriz que a gente tem é um atendimento, dois atendimentos, três atendimentos seguidos para poder fechar diagnóstico”. (E 1)*

*“Eu não costumo estabelecer um número fechado, para parte de consulta eu procuro limitar em **30 minutos**, mas nem sempre consigo, mas no caso da visita tanto faz 20 minutos quanto uma hora e vinte minutos às vezes*

até me condeno com isso, mas sempre penso no princípio da eqüidade: dar mais a quem precisa mais". (E 2)

Estas especificidades de estruturação quanto ao número de atendimentos e tempo de duração nos parecem estar ligadas muito mais ao contexto ao qual o psicólogo está inserido e sua metodologia de trabalho. Consideramos que desde que a lógica de trabalho esteja funcionando, tenha resolubilidade, a nosso ver podem ter estas diferenças e especificidades na estruturação dos atendimentos.

Então podemos dizer pelo que foi exposto que a categoria de atenção à saúde individual tem as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 1.

Atenção à saúde individual
É organizada
Tem agendamento
Tem encaminhamento
Parte do cuidado integral
Vistas à qualidade de vida
Vistas ao projeto de vida
Busca a promoção da saúde
Busca pela autonomia (emponderamento dos sujeitos)
Compactua com a noção de acolhimento
Prevê orientação e acompanhamento
Parte de diagnósticos da situação
Parte de metodologias próprias para o atendimento

Fonte: Consulta aos especialistas

Quadro 1 - Subcategorias da atenção à saúde individual

✓ **Atenção à saúde da família**

No atendimento singularizado, encontramos também a atenção dirigida para a família.

*“O prontuário lá é de **família**, então a gente tem que atender assim, se a mãe vem com uma **queixa da filha**, entra mãe e filha junto, se tiver pai*

também entra e depois a gente decide como vai encaminhar, pode sustentar atendimento individual, então vem só a mãe, só a filha”. (E 1)

*“Então a gente defende que o atendimento que é dado em primeiro lugar tem que ser resolutivo e se para isto precisa ser de grupo, de **família**, individual, com a **tecnologia que precisar**”. (E 1)*

*“É sempre assim como **promover uma saúde melhor da família**, da comunidade que a gente entende que esta estratégia é mais global, é sempre assim, produção do processo de **melhoria da qualidade de vida**, quando estiver encaminhando para um processo de adoecimento, então também tem que recuperar a saúde do sujeito e todas as **estratégias que a gente puder usar, a gente usa**”. (E 1)*

*“O trabalho sempre vai caminhar nesta direção, tanto a gente pode fazer uma atenção coletiva que são as oficinas e tal, como pode fazer o trabalho singularizado com a **família**, ou na unidade ou no domicílio tentando restabelecer este **contrato de cuidado**”. (E 2)*

Pelos relatos dos especialistas, podemos observar que os elementos de promoção de saúde, melhoria de qualidade de vida são pensados agora não mais para um indivíduo somente, mas para um sistema familiar. Chama atenção a abertura quanto às estratégias e tecnologias a serem utilizadas, mostrando a flexibilidade dos profissionais quanto às ferramentas utilizadas.

Um dos especialistas, conforme podemos observar no relato descrito a seguir, traz a importância da rede de cuidados, envolvendo a família, professores e pessoas da comunidade. A rede de cuidados traz a noção de intersetorialidade, uma das particularidades da APS e mostra novamente a relação do processo de trabalho do psicólogo em sinergia com as propostas do SUS e da atenção primária.

*“A questão do atendimento individualizado da criança é um pouco complicada, na nossa realidade, complicada principalmente pela falta de recursos, não se tem brinquedos, nem os recursos necessários para fazer assistência à criança. E por outro lado pela compreensão do que é o desenvolvimento da criança da questão da zona de desenvolvimento proximal e tal, geralmente a abordagem inicia com os **cuidadores**, e a gente procura traçar uma espécie de contrato de cuidado com estes **cuidadores**, tentar qualificar este cuidado e vai acompanhando para ver se a partir da medida em que muda a relação com a criança, que muda o cuidado com a criança, muda também a saúde ou agravo que a criança está manifestando. Cuidadores são os pais, mãe, avós, professores, técnicos”. (E 2)*

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que a categoria de atenção à saúde da família tem as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 2.

Atenção à saúde da família
Orienta-se ao sistema familiar
Parte de uma queixa
Vistas à qualidade de vida da família
Busca a promoção da saúde da família
Compactua com a noção de rede de cuidadores
Prevê a utilização de várias metodologias
Prevê a intersetorialidade
Parte de um contrato de cuidado

Fonte: Consulta aos especialistas

Quadro 2 - Subcategorias da atenção à saúde da família

✓ **Atenção domiciliar**

Esta categoria pode estar inserida nos dois contextos, ou seja, tanto nas atividades específicas do psicólogo, como por exemplo, a atenção a indivíduos ou famílias que pode se dar no domicílio e ter as mesmas especificidades citadas acima no atendimento singularizado ou conter atividades comuns à equipe de saúde.

No agrupamento atenção domiciliar, estão incluídas as categorias de visita e assistência domiciliar. Para fins didáticos, vamos incluir estas categorias neste item de atividades específicas do psicólogo.

*“Por exemplo, estou **acompanhando em domicílio** um senhor agora que não tem nenhum transtorno mental, é um senhor que fez a retirada de uma parte do intestino do duodeno e está acamado há 50 dias e ai a gente está entrando no sentido de apoiar a situação atual, então faço um resgate da experiência dele de sujeito, para tentar formular uma proposta que o motive a enfrentar este processo, esse é o tipo de proposta que os psicólogos acabam estando mais habilitados até pela questão da **compreensão da subjetividade**, da relação entre corpo, sentido, os outros profissionais contam muitas vezes mais com a sensibilidade e intuição, mas sensibilidade e intuição caminham muito próximo da moral”.*
(E 2)

Este relato apresenta a especificidade de atuação do psicólogo. Conforme (E 2), o psicólogo estaria mais habilitado para compreender a subjetividade das pessoas. Uma reflexão se faz pertinente neste momento: será que a habilitação se daria por parte de qualquer profissional formado em psicologia ou estaria ligada ao contexto de formação de cada profissional?

Através dos relatos abaixo, percebemos que a assistência em domicílio tem uma lógica de proteção das pessoas do território o que traz a noção da vigilância em saúde, da integralidade, da atenção longitudinal. Entendemos que os especialistas apontam que existe uma especificidade de atendimento por parte do psicólogo, mas que este deve estar inserido dentro do contexto da saúde coletiva, atendendo às particularidades da APS.

*“O **atendimento domiciliar** tem também uma função pró-ativa na lógica do cuidado, como eu sou responsável em dar **proteção às pessoas do território**, todo mundo que está em risco, que a gente identifica risco e que não aparece na unidade, a gente vai e traz, tenta trazer ele para unidade. Sempre que você identifica um fator de risco e você vê que a pessoa não está chegando a responsabilidade sobre o **território** é tua, então você tem que ser pró-ativo”. (E 1)*

*“A importância do referencial é na medida em que ele me permite pensar no que fazer com aquela situação, então o recurso que a gente vai propor está baseado no diálogo com o sujeito e sua família, a esse diálogo é baseado numa **atenção constante e longitudinal**, eu oriento para o uso um roteiro de relatório de **visita domiciliar** que depois posso te passar, não lembro de tudo o que ele aborda, mas começa desde a questão do entorno do domicílio até a questão de uma proposta de atenção”. (E 2)*

A atenção domiciliar é algumas vezes chamada também por visita domiciliar ou por atendimento domiciliar e de acordo com os especialistas é um processo de trabalho com caráter de intervenção e com metodologia e registros específicos. Novamente eles reforçam a questão do cuidado, da atenção em saúde, da orientação e da utilização de múltiplos recursos.

*“Na **visita domiciliar**, apesar de para os psicólogos parecer mais difícil, a gente entra e faz a **intervenção** com quem está lá, então se tiver cinco pessoas, por exemplo, tem a situação de senhora idosa que está com uma complicação para tomar o medicamento, se organizar para apoiar para ter o **cuidado** com a senhora, a gente atende todos juntos, e pactua o que vai ser feito, tanto quanto o registro da visita domiciliar”. (E 1)*

*“Assim quando a gente faz, só faz a visita, é num processo de territorialização, e a gente se apresenta na comunidade, diz o que faz. Dali para frente é **atendimento domiciliar**, mas isto não quer dizer que um atendimento domiciliar não tenha a característica de visita, porque eu estou entrando na casa da pessoa, estou entrando na intimidade daquele lar. O tempo é delimitado em função da escala de atendimento, mas tem uma racionalidade do tempo porque é focado em processo de trabalho”. (E 1)*

*“A **assistência** tem uma intenção e um caráter de fazer **atenção em saúde, orientadora** ou de **educação** fundamentalmente na condição de que este usuário não tenha como se locomover. Ou por isolamento geográfico ou por limitação física ou por desgaste em função de um adoecimento, nós temos, por exemplo, algumas pessoas da área que são pacientes com transtornos importantes com esquizofrenia e têm **dificuldades de sair do domicílio**, então dá para fazer assistência no domicílio, e esta assistência você vai compor com **múltiplos recursos**, tu podes não ficar somente no domicílio, pode dar uma volta na quadra, jogar dama, mas é feita assistência fora da unidade”. (E 2)*

*“**Roteiro de visita**, eu acho que ele poderia ser utilizado por qualquer profissional de atenção primária desde que ele pensasse em saúde como um processo que visa colocar a questão do psicológico como um processo em construção, ele organiza o trabalho, te compromete a ter uma proposta para aquele grupo familiar ou para aquele sujeito. Então essa proposta vai se dirigir em múltiplas instâncias, desde o acompanhamento em termos de apoio psicossocial para aquele sujeito, até em termos de manter um espaço de fala, fazer planos de vida”. (E 2)*

*“Tempo de atendimento, até a equipe discute, tem muito a ver com a necessidade, tem pessoas que é uma vez por mês, tem pessoas em que cada profissional ou mesmo a equipe vai uma vez por semana, depende do caso. O tempo de **assistência** ou da visita é muito relativo em função das necessidades dos sujeitos”. (E 2)*

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria de assistência domiciliar encontramos as seguintes subcategorias, conforme podemos visualizar no quadro 3.

Assistência domiciliar
Parte de um processo de territorialização
Parte de dificuldades de sair do domicílio
Prevê um acompanhamento em domicílio
Parte da compreensão da subjetividade das pessoas
Tem um caráter de intervenção
Compactua com a noção de atenção longitudinal
Prevê orientação e acompanhamento
Parte de múltiplos recursos para o atendimento

Fonte: Consulta aos especialistas

Quadro 3 - Subcategorias da assistência domiciliar

Ainda no agrupamento atenção domiciliar, temos a visita domiciliar. Os especialistas trazem questões importantes sobre esta temática. Eles percebem a visita domiciliar como um processo de atenção longitudinal, que parte de várias entradas, desde o processo de territorialização até o mapeamento de necessidades realizadas pela equipe de saúde ou familiares.

Pelo relato dos especialistas, descritos abaixo, podemos perceber as entradas, os objetivos e métodos utilizados na visita domiciliar.

*“**Visito** a pessoa para ver se **está tudo bem lá**, ou peço para ele vir na unidade para contar como está pelo menos por duas ou três vezes”. (E 1)*

*“Quando você faz um **social** apenas também é uma **visita**”. (E 1)*

*“Assim é que a gente faz, faz a **visita** num processo de **territorialização** e a gente se apresenta na comunidade, diz o que faz”. (E 1)*

*“A **visita domiciliar** tem **várias entradas**: tanto ela pode aparecer em função de uma chamada da agente comunitária de saúde, quanto ela pode aparecer da demanda levantada por um parente ou por um outro familiar”. (E 2)*

“A minha experiência é um pouco diferente, tem a equipe mínima da estratégia de saúde da família, e eu trabalho com uma outra equipe de referência junto a três equipes do PSF, que é um núcleo de atenção

*integral que tem fono, fisio, farmacêutica, nutricionista e psicólogo, então a demanda para fazer a **visita** aparece de tudo isso”. (E 2)*

*“A **visita** é um momento mais circunstancial quanto à idéia de **atenção longitudinal** da atenção primária então você vai lá momentaneamente saber por que a pessoa não foi para o atendimento, como ela está fazendo com o medicamento, se o encaminhamento da proposta que foi construída com ela em algum momento está sendo implementada ou não, se o filho voltou para escola e uma série de ações, a gente vai mais fazer uma checagem, um **acompanhamento**, uma **provocação**, uma **motivação** para pessoa”. (E 2)*

Quando o (E 1) traz a temática de risco e vulnerabilidade, percebemos que a visita domiciliar é um processo de trabalho com muitas interfaces do psicólogo para com os demais membros da equipe de saúde.

*“Então a preferência só vai ao domicílio para quem não puder se **locomover** para a unidade ou uma **situação de risco**, a gente chega segunda-feira e alguém tentou o suicídio não apareceu no postinho, não pediu ajuda, é muito **risco e vulnerabilidade** para deixar assim, então se faz a busca ativa e vai ao **domicílio** entra e se apresenta, pergunta como está e tenta negociar uma ida para a unidade”. (E 1)*

*“Olha de **15 a 20 minutos**, é uma **visita** com este fim de checar algo”. (E 2)*

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria de visita domiciliar encontramos as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 4.

Visita domiciliar
Vistas à atenção longitudinal
Parte de um processo de territorialização
Parte da equipe de saúde
Parte das famílias
Prevê as questões de risco e vulnerabilidade
Prevê o acompanhamento

Fonte: Consulta aos especialistas

Quadro 4 - Subcategorias da visita domiciliar

✓ **Atenção à equipe de saúde**

Pelo relato dos especialistas, descritos a seguir, podemos observar que a atenção à equipe de saúde não deve ser incluída como um processo de trabalho do psicólogo que atua na APS.

*“Acho que isto é um completo desvio de função, o gestor público é que vai trabalhar com o seu **servidor** por uma coisa bem simples, o psicólogo lá no serviço sente as mesmas pressões e as mesmas dificuldades que o enfermeiro, que o agente de saúde, que o médico, enfim ele é um trabalhador lá, às vezes tem essas coisas de onipotência do psicólogo que ele está imune ao mundo, à vida e não é verdade, ele tem que correr atrás da produtividade, das metas a serem perseguidas”. (E 2)*

*“Tem uma outra coisa que o pessoal pede e que eu acho importante falar, é que eu proíbo de fazer, que um imaginário de que o psicólogo deveria estar lá para cuidar da **equipe de saúde**, então a gente vai lá e vai ajudar o médico, ajudar a enfermagem, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde e eu digo assim, você está lá para **atender os usuários, a população**. Se o agente comunitário tiver um problema de saúde e precisar de atendimento, então ele faz a mesma coisa que os outros, ele falta no trabalho dele, agenda no postinho e pede o atendimento, por que senão eu vou criar um privilégio para o pessoal da saúde”. (E 1)*

Os especialistas explicitam questões que merecem nossa atenção quanto ao fato de serem contrários ao atendimento dos profissionais de saúde. Para os especialistas o atendimento aos profissionais da mesma equipe pode trazer alguns conflitos difíceis de serem administrados, já que o psicólogo faz parte do mesmo sistema organizacional. (E 1) defende a idéia de que o psicólogo está lá para atender os usuários, a população e não a equipe de saúde.

5.1.2 Processos de trabalho do psicólogo comuns à equipe de saúde

Neste agrupamento, estão descritas as categorias de processos de trabalho em que o psicólogo atua com a equipe de saúde tendo caráter interdisciplinar e multidisciplinar.

*“Tu ajudas os outros profissionais a darem significado à prática e a necessidade clínica daquele sujeito, e fazer isto de forma **integral** mesmo, então isso é fantástico, isso é a essência do nosso trabalho, mais*

do que eu abrir uma porta para fazer assistência psicoterapêutica, é eu dar esta qualificação para a **equipe** em termos da **subjetivação** da significação destes sujeitos em relação à **vida e saúde**, acho que isso é importante". (E 2)

"Quando eu estou na discussão de **equipe**, que somos **todos iguais**, então, não estou fazendo processo de saúde, eu estou fazendo **processo de gestão**. Gestão do meu trabalho, do trabalho dos meus colegas para os nossos usuários, um processo de gestão bem construído, bem planejado, com certeza vai me trazer bons benefícios resultados em saúde, o meu desgaste físico vai ser menor, o meu desgaste psicológico vai ser menor, o meu desgaste intelectual vai ser menor, mas isto numa **relação de simetria** e não numa relação onde eu detenho um saber que eu domino e executo sobre os outros". (E 1)

"Mas fora estas questões que eu estava te falando da atenção singularizada, das visitas da educação em saúde baseada nos conhecimentos provindos da psicologia, o resto é uma discussão, uma posição comum de **aprender e ensinar junto** com **outros profissionais**, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, então a gente consegue nesta nossa experiência ter estas trocas bem feitas". (E 2)

"Então eu tenho partido do pressuposto de que o psicólogo vai desenvolver todas as atividades comuns às **equipes de saúde** de atenção primária, ou seja, de um modo geral as estratégias de **promoção e educação em saúde, prevenção, e reabilitação** até o nível complexidade tecnológica para aqueles serviços".(E2)

"No planejamento cotidiano do serviço, é algo que faz parte do nosso processo de trabalho, o **encontro da equipe**, a discussão das propostas de trabalho as propostas coletivas que geralmente são multidisciplinares". (E 2)

Estas falas trazem conceitos importantes como a questão da integralidade, da interdisciplinariedade e de que ela somente será possível quando existir uma relação de simetria, onde todos se sintam iguais. Consideramos que a abertura para a relação depende do desejo de todos os profissionais que fazem parte da equipe. Os especialistas ao trazerem esta questão mostram sua importância e questionamos: na prática, a relação do psicólogo com os demais membros da equipe tem sido de forma interdisciplinar? Será que é possível fazer a promoção e educação em saúde ou mesmo prevenção de forma disciplinar?

"Tenho fomentado a participação no conselho, quando você vai numa visita ou outras atividades, para se ter este compromisso com a saúde e

*não virar um especialista e está é uma preocupação que eu tenho , não virar um **especialista da saúde mental** , a atenção primária não é o local de serviço especializado”. (E 2)*

A fala de (E2) demonstra a preocupação quanto ao psicólogo não ser apenas um especialista em saúde mental. A proposta de ter um núcleo específico de atividades e um núcleo comum faz com que o psicólogo possa interagir com os demais membros da equipe, discutindo, planejando, programando atividades comuns. Este processo de troca possibilita a construção de saberes e práticas para a integralidade.

✓ **Atenção domiciliar**

Na atenção domiciliar, estão incluídas as subcategorias visita e assistência domiciliar. A atenção domiciliar pode ser realizada tanto como um processo de trabalho que traz a especificidade da atuação do psicólogo ou como uma atividade comum à equipe de saúde. Lembramos que este agrupamento foi descrito anteriormente no item 5.1.1.

✓ **Conselho local**

Na percepção dos especialistas, o conselho local é visto como mais uma das atividades comuns à equipe de saúde. Pelos relatos, a participação do psicólogo pode ser dar na organização do conselho, na mobilização das pessoas para participarem, bem como nas discussões que irão ocorrer nas reuniões.

*“Isso é uma responsabilidade do técnico, do profissional de saúde dos que estão lá, segundo que é atribuição de cidadão de estar envolvido com o **conselho local** ,de provocar isto por que é um princípio constitucional e é um principio do SUS, da participação do cidadão. Na nossa experiência, na verdade eu até participei pouco disto em função que eu tenho uma restrição de tempo na unidade ,quem **organizou** mais isso foi o serviço de enfermagem que fez contato com a associação de moradores e começou uma discussão sobre o conselho local, hoje já tem o conselho local constituído , e a gente tem **participado das reuniões** para discutir as questões de saúde do município”. (E 2)*

*“Tenho **fomentado a participação** no **conselho**, quando você vai numa visita ou outras atividades, para se ter este compromisso com a saúde e não virar um especialista e esta é uma preocupação que eu tenho, não virar um especialista da saúde mental, a atenção primária não é o local de serviço especializado”. (E 2)*

*“Eu não preciso ser psicólogo para entender que a comunidade precisa de um tempo para compreender o que é o **conselho local** de saúde, o que é um conselho do idoso, isso precisa ser **construído** com as pessoas, é um **processo de diálogo** que muitas vezes enfrenta **disputas políticas** com gestor e políticos”. (E1)*

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria conselho local, encontramos as seguintes subcategorias, conforme podemos visualizar no quadro 5.

Conselho local
Prevê a sua organização
Parte de um processo de construção com a comunidade
Parte de um processo dialógico
Prevê a participação das pessoas
Prevê a participação do psicólogo

Fonte: Consulta aos especialistas

Quadro 5 - Subcategorias do conselho local

✓ **Atenção à comunidade**

Este tipo de atenção que os especialistas se referem parece estar direcionado para grupos e comunidade, porém não em caráter terapêutico. Um dos entrevistados denomina como atenção coletiva enquanto que o outro denomina como grupos de comunidade.

*“O trabalho sempre vai caminhar nesta direção tanto a gente pode fazer uma **atenção coletiva** que são as oficinas e tal, como pode fazer o trabalho singularizado com a família, ou na unidade ou no domicílio tentando restabelecer este **contrato de cuidado**”. (E 2)*

*“Regularmente esse é um **grupo** da equipe da ESF 10, então regularmente nós somos convidados e vamos participar. Em uma quarta-feira vou eu, outra quarta-feira vai a fisioterapeuta, outra vai a nutricionista, ou vou eu e a enfermeira e nós vamos desenvolvendo as*

atividades lá, o eixo central é a **qualificação do cuidado** e mesmo nas falas dos sujeitos, aparece a questão da família, do envelhecimento, e questões familiares”. (E 2)

“Fizemos outras propostas de **grupos** de **qualidade de vida** na unidade mesmo, só que na unidade, nós temos algumas dificuldades, a construção da unidade é ruim. Esses dois grupos que eu comentei foram formados, nos formamos junto com as pessoas, existem algumas outras situações, por exemplo, na associação de moradores, então na associação de moradores lá existe um grupo que está estabelecido. É um movimento deles, então a gente mantém o diálogo e tal, quando eles sentem necessidade, precisam, daí eles nos chamam e a gente está lá presente”. (E 2)

É interessante percebermos que tanto os objetivos da atenção à saúde individual como os da atenção à comunidade têm como eixos a qualidade de vida, o cuidado, a promoção e a educação em saúde. Este direcionamento dá consistência ao trabalho no sentido conceitual deixando que as peculiaridades perpassem um sentido mais metodológico.

Os especialistas comentam da importância de se trabalhar com os grupos já formados, utilizando-se dos recursos disponíveis na comunidade. Sendo que para isto é necessário ter um processo de territorialização bem feito.

“Quanto à grupalidade, a gente usa o que a comunidade tem à disposição de fazer como estratégia para fundar o **grupo**, e depois a gente usa este grupo para falar de saúde, para discutir saúde com a população, então o grupo de bocha que a gente tem com os idosos numa unidade do PSF que é um **dispositivo social** e apareceu a cancha de bocha e tinha lá três ou quatro idosos que falaram, mais vamos jogar bocha né, é o grupo que mais cresceu no semestre em participação”. (E 1)

“Tem **grupos** que estão **longitudalmente organizados**, tem o grupo lá que é o grupo do bingo, que é um grupo originalmente montado em cima da questão da hipertensão e do diabetes, mas onde se discute todas as coisas”. (E 2)

“E outra rotina que a gente acha que é imprescindível seria a quarta tarefa fundamental, o **grupo de comunidade**, daí o grupo de comunidade a gente tem as coisas mais diversas possíveis, a gente tem desde um grupo de bocha à geração de emprego e renda, então em cada comunidade a gente tenta identificar alguma coisa que seja muito fácil de executar enquanto grupo”. (E 1)

Podemos observar nos relatos que serão apresentados abaixo, que os especialistas apontam os objetivos para a atenção à comunidade aos quais se destacam:

- o desenvolvimento de laços comunitários que com certeza favorecem a questão da intersectorialidade e da rede de cuidados;
- a produção da autonomia que leva ao emponderamento das pessoas;
- as discussões de questões cotidianas, criação de espaços para o diálogo para educação e promoção em saúde.

*“A gente quer que tenha **grupo** por que quer reforçar os laços sociais em comunidade. Quando precisa, a gente também arregaça a manga e ajuda a criar grupos de comunidade. A gente quer ativar os **laços comunitários** para a **produção de autonomia**, para **discussão do cotidiano**, do **processo vivencial**, existencial de trabalho. Que grupo tem que ser para isto qualquer grupo”. (E 1)*

*“Então o **grupo** tem servido a este propósito de ser um elemento estratégico para o **diálogo em saúde**, que é onde a gente acha então que faz a **promoção em saúde**”. (E 1)*

Estas diretrizes mais uma vez reforçam um eixo norteador em sinergia com os princípios ordenadores da APS e sinalizam para várias potencialidades de atuação do psicólogo.

Podemos perceber pelos relatos dos entrevistados que os aspectos relacionados ao funcionamento do grupo e periodicidade dos encontros dependem da racionalização do tempo dentro de uma escala programada de atividades do psicólogo e da equipe de saúde, respeitando-se sempre o ritmo do grupo.

*“Se eu puder ir toda semana no **grupo de comunidade**, eu até posso ir, mas eu não preciso ir toda semana, como a gente só tenta entrar nos grupos de comunidade, a gente quer ir lá para dialogar, a gente dá preferência para grupos que existem, então pelo princípio da autonomia, eu não preciso estar lá o tempo inteiro, então pode ser quinzenal minha participação, pode ser mensal. Depende sempre da racionalização do tempo dentro de uma escala pré-programada que sempre é construída após o processo de territorialização”. (E 1)*

*“Sim, eles são **grupos** periódicos como este do bingo, por exemplo, tem um tempo de encontro em torno de **2 horas de atividades**. Ele é um grupo comunitário, tem pessoas que vão num dia e não vão em outro, na média tu tens de 17 a 30 pessoas participando”. (E 2)*

Os relatos a seguir apresentam as metodologias pelas quais os trabalhos são desenvolvidos com os grupos de comunidade. O uso de metodologias dialógicas tem sido bastante forte.

*“**Convidamos** quem vai na unidade, convidamos as pessoas através das instituições, a gente faz bilhetinhos e as agentes entregam nos domicílios”. (E 2)*

*“No momento que surge a questão, nós conversamos, **dialogamos**, se pergunta, amplia e na outra oportunidade pode estar organizando uma atividade específica com materiais com recursos de papel, massa, música”. (E 2)*

*“Vem do grupo, é assim, não é programado, é **dialogado** entra Paulo Freire pra gente, o grupo problematiza e a gente dialoga, se souber resolver na boa, se não souber na semana seguinte resolve, então tem a discussão sobre alimento isso, aquilo, o que come, o que não come e entra uma discussão sobre cuidados alimentares”. (E 1)*

Um dos especialistas (E 2) citou mais uma atividade comum à equipe de saúde, a qual está sendo incluída na categoria de atenção à comunidade. Para o entrevistado, as práticas comunitárias colaboram no estabelecimento de vínculo com as pessoas da comunidade.

*“Daí assim tem alguns **eventos na escola**, ou tem **celebração** na comunidade, tu estás lá no meio, não tem uma coisa muito específica assim, mas aí é fundamentalmente a questão do **vínculo com as pessoas**, é ir lá, ficar um pouco, conversar, ver, este tipo de coisa”. (E 2)*

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria atenção à comunidade, encontramos as seguintes subcategorias, conforme podemos visualizar no quadro 6.

Atenção à comunidade
Prevê contrato e a qualificação do cuidado
Vistas à qualidade de vida
Parte de dispositivos sociais existentes no território
Busca ampliar os laços comunitários
Busca o estabelecimento de vínculos
Busca pela autonomia (emponderamento dos sujeitos)
Busca a educação e a promoção da saúde
Prevê a participação das pessoas
Prevê a formação de grupos
Prevê processos dialógicos
Prevê a práticas comunitárias (participação em atividades da comunidade)
Compactua com a noção de atenção coletiva

Fonte: Consulta aos especialistas

Quadro 6 - Subcategorias da atenção à comunidade

✓ **Planejamento e organização**

Outra categoria encontrada foi a do planejamento e organização, para (E 2), traz a questão da participação do psicólogo juntamente com a equipe de saúde no planejamento estratégico da unidade de saúde. Ele aponta e questão do plano ser para um território definido.

*“Nas nossas equipes, no nosso **território** a gente tem a questão do **planejamento estratégico** do território, do plano local, que geralmente acontece no início do ano onde são levantados os problemas, a idéia de planejamento estratégico, necessidades de recursos materiais e humanos, a gente participa como todos os outros profissionais levantando as necessidades”. (E 2)*

Os entrevistados mostram a importância do planejamento e da organização das atividades do psicólogo, através dos registros, classificação dos atendimentos e elaboração da agenda de trabalho. Não foram citados pelos especialistas registros no sistema informatizado, banco de dados do SUS.

*“O **prontuário** lá é de família, então a gente tem que atender assim, se a mãe vem com uma queixa da filha, entra mãe e filha junto, se tiver pai*

também entra e depois a gente decide como vai encaminhar, pode sustentar atendimento individual, então vem só a mãe, só a filha”. (E 1)

*“Tudo é **registrado**, a gente registrou, são dois anos de registro ininterrupto com a mesma tendência epidemiológica. Hoje a gente sabe dizer quais são as doenças que mais ocorrem, ou quais os sinais e sintomas que a gente mais atende ou cuida, por que as doenças a gente não atende, as doenças a gente encaminha”. (E 1)*

*“Daí o **registro dos livros da visita domiciliar, dos prontuários e o mapa de produtividade**”. (E 1)*

*“No **planejamento cotidiano** do serviço, é algo que faz parte do nosso processo de trabalho, o encontro da equipe, a discussão das propostas de trabalho, as propostas coletivas que geralmente são multidisciplinares”. (E 2)*

*“Tem a **agenda** dos profissionais na recepção que é feita pela recepcionista. A gente sempre conversa, para realocar, manter, não manter, tem lá a pastinha da psicologia”. (E 2)*

O (E 1) chama a atenção para a importância do planejamento e comenta que somente é possível produzir integralidade se existir um planejamento das atividades.

*“A integralidade te exige o **planejamento** do processo de execução do trabalho por que senão sem isso, eu não consigo produzir **integralidade**”. (E 1)*

Os registros servem de base para elaboração dos indicadores dos processos de trabalho que vão desde índices de produtividade como de satisfação da população em relação aos serviços. Este processo de trabalho parece estar mais incorporado nas atividades de (E 1).

*“São os mesmos **indicadores** que usam na área organizacional, a primeira coisa é o volume da produção, se eu tenho X horas para trabalhar quantas pessoas eu sou capaz de botar em atendimento no sistema”. (E 1)*

*“Isto para mim é uma coisa óbvia, um **indicador** forte e necessário é o de volume de processo de trabalho, então quantas horas, quanta gente atendida, quantos procedimentos realizados na semana e quantos procedimentos realizados no mês”. (E 1)*

*“Daí a gente chegou a um critério, é tudo aquilo que a gente pode resolver sozinho na atenção primária sem ter que mandar para outro serviço, ou sem ter que mandar para a atenção secundária, e daí a gente chegou a 95% de **resolubilidade**”. (E 1)*

*“De **questionários** aplicados à população periodicamente, onde ela pode se manifestar sobre o atendimento que ela está recebendo, aqui é o nível do controle social, o controle social tem que dizer se está bom para ele ou não”. (E 1)*

As reuniões de planejamento mostraram-se como uma importante ferramenta de trabalho, porém cada especialista defende uma idéia de periodicidade.

Para (E 2), as reuniões parecem ter um caráter mais participativo, de discussão com a equipe, tendo uma atuação mais interdisciplinar. Pelo relato de (E 1), as reuniões parecem ter um caráter mais administrativo. Lembramos que além das reuniões deveriam ser previstos outros espaços de troca entre os profissionais, entendemos que as relações são construídas no cotidiano e na interação entre processos, saberes e subjetividades.

*“Sim, **quarta-feira às 10h30min da manhã** e aí nós discutimos tanto as estratégias que a gente vai desenvolver para promover saúde, ou um dado novo que apareceu, uma instituição, um espaço que se abriu, ou alguém está pedindo alguma coisa, quando discutimos as questões de saúde que são mais emergentes naquele momento”. (E 2)*

*“Bom, quando eu **reúno** a minha equipe periodicamente, que para mim poderia se esporadicamente, **uma vez por mês** estaria de bom tamanho, para pensar o processo interno de trabalho da equipe”. (E 1)*

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria de planejamento e organização, encontramos as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 7.

Planejamento e organização
Prevê a elaboração do planejamento estratégico
Prevê o planejamento cotidiano das tarefas
Prevê a utilização de agenda, prontuários, livros de visitas, mapas de produtividade
Prevê a elaboração e acompanhamento de indicadores
Parte do registro das informações
Parte da realização de reuniões da equipe
Busca discutir propostas de trabalho
Busca a resolubilidade dos processos

Fonte: Consulta aos especialistas

Quadro 7 - Subcategorias do planejamento e organização

✓ **Territorialização**

Outro processo de trabalho levantado pelos especialistas é a territorialização, os entrevistados relataram as formas, atividades que podem ser realizadas no desenvolvimento desta atividade.

No relato descrito abaixo podemos perceber que (E1) aborda quanto à estimativa rápida de saúde da população. Não houve por parte dos entrevistados maiores detalhes quanto ao perfil epidemiológico do território, dados levantados e/ou analisados pelo psicólogo ou mesmo pela equipe de saúde.

*“Neste nível de horizontalidade, a **territorialização**, a **estimativa rápida de saúde** que para mim faz parte do processo de territorialização”. (E 1)*

Pelos relatos que serão apresentados a seguir, podemos perceber que o processo de territorialização é fundamental para que a equipe possa saber quais são os dispositivos da comunidade. Eles servem de fonte para a organização de grupos de comunidade e saber quais são as pessoas de referência, que fazem parte da rede de cuidadores comunitários.

*“A primeira coisa que vocês fazem é arrumar uma máquina digital e o território tem pelos menos dois sentidos muito claros para mim, um é o sentido do **território** enquanto coisa física, o **território geográfico** e outro é o **território a nível simbólico**, que vão das articulações políticas, culturais, sociais, ambientais, ecológicas. Tomamos a unidade de saúde*

*como centro e eu dou livro da década de 80, aqui está a unidade, daí eu pego 50 metros da unidade, 100 metros da unidade, 500 metros até cobrir o território e vou fotografar a mercearia, o posto de gasolina, a escola, a igreja, tudo que tem nesta comunidade que possa servir como **dispositivo comunitário** e vou buscando quem são as **pessoas de referência neste território**. Então começo a perguntar para ACS quem é que benze, quem é que faz garrafadas, quando as pessoas estão mal, a quem recorrem, quando precisam de remédios e a gente fotografa estas pessoas ”.(E1)*

Percebemos que uma das atividades propostas pelos especialistas dentro de um processo de territorialização é a visita às instituições, que demonstram ter um grande impacto no relacionamento com a comunidade sendo um dispositivo para diferentes demandas por atenção individual e familiar, visitas e assistência domiciliar entre outras atividades.

*“Muitas vezes o que encontramos, é apenas a divisão do **território**? Há um domínio geográfico, mas a quem eu me dirijo? Quem é o contato? Quem neste território representa uma zona de interesse das pessoas? Ao redor desta igreja, quem é que se associa a ela? O que eu posso fazer? Eu vou e faço **visitas nestas instituições**, chamo de **territorialização**, também se faz visita nos domicílios para se apresentar para dizer”. (E 1)*

*“Sim, o trabalho nestas **instituições** são basicamente estratégias orientadas para **educação, prevenção, promoção da saúde**, inclusive necessidades que vão ser atendidas depois na unidade de saúde, ou vão gerar uma visita domiciliar”. (E 2)*

*“Essas visitas são agendadas com as **instituições**, geralmente a gente liga, fala com a coordenadora ou diretora, alguém responsável pela instituição e acessa a instituição para saber as **necessidades** que ela tem, tipo necessidades de apoio mesmo, se quer uma palestra para os pais etc.”. (E 2)*

*“Essas **instituições**, esses espaços, são os espaços onde as pessoas estão envolvidas, onde as pessoas recebem de alguma forma o que elas procuram, um princípio da questão sobre participação do cidadão que as pessoas fazem uma escolha seletiva, participam mais onde elas visualizam benefícios, e aí a gente vai então tentar através destas instituições atingir as pessoas”. (E 2)*

*“Por exemplo, pega um centro de educação infantil que tem lá duzentas crianças e aí tu tens que olhar para a meta de saúde da criança, então muitas vezes é mais fácil realizar o serviço lá na **instituição** do que você esperar a demanda espontânea dos pais, ou ficar fazendo a vigilância dos pais para eles trazerem a criança”. (E 2)*

*“Centros de educação infantil, escolas, abrigos, são as que a gente tem aqui na área, casa de assistência, que são as **instituições** que a gente tem na área. Poderia também ser igrejas, movimentos pastorais”. (E 2)*

*“Geralmente nestas **instituições**, a gente faz mais a questão da **orientação**, da orientação na educação infantil, a orientação dos pais, trabalha com a educação em saúde também que é diferente de fazer orientação, geralmente constrói oficinas com temas geradores que é o recurso que a gente utiliza via de regra, desenvolve atividades com as crianças, atividades de expressão lúdica, enfim uma série de atividades com as crianças, orienta a equipe técnica, os professores e técnicos da escola, por exemplo, quando vai a colega farmacêutica, ela dá orientação de armazenamento de medicamentos”. (E 2)*

Podemos observar que a territorialização permite o desenvolvimento de um plano local.

*“Nas nossas equipes, no nosso **território** a gente tem a questão do **planejamento estratégico** do território, do plano local, que geralmente acontece no início do ano, onde são levantados os problemas, a idéia de planejamento estratégico, necessidades de recursos materiais e humanos a gente participa como todos os outros profissionais levantando as necessidades”. (E 2)*

O relato de (E 1), apresentado a seguir, chama a atenção para o atendimento de pessoas que não fazem parte do território. Se forem dados atendimentos de fora da unidade de saúde, o atendimento não está contemplando a base territorial conforme previsto.

*“Pode ser demanda espontânea, pode ser organizada por qualquer pessoa que trabalha na unidade. E a gente às vezes também recebe encaminhamentos de **fora da unidade**, mas a gente não atende se não for atenção primária”. (E 1)*

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria de territorialização encontramos as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 8.

Territorialização
Prevê a estimativa rápida de saúde da população
Prevê dados para plano local
Parte do território geográfico
Parte do território em nível simbólico
Parte dos dispositivos sociais da comunidade
Parte das pessoas de referência da comunidade
Parte do levantamento das necessidades da população
Prevê visitas nas instituições
Busca traçar estratégias de educação, prevenção e promoção à saúde

Fonte: Consulta aos especialistas

Quadro 8 - Subcategorias da territorialização

✓ **Intersetorialidade**

Outro processo de trabalho apontado por (E 1) é o de conhecer e ter um registro dos dados que possibilite acionar a rede interna do SUS bem como a rede do município quando necessário. Classificamos estas ações dentro da categoria de intersetorialidade. Consideramos que para desenvolver ações integradas de saúde, é necessário saber o que é esta rede de atenção e como pode ser acionada.

*“Então precisa de um conhecimento profundo de política pública não só de saúde, as outras também, por que como é um trabalho em rede e não é só a **rede interna** do SUS é com a **rede toda do município**, então meu pessoal quando vai começar, eles tem que levantar tudo que está disponível por todas as secretarias do município e ainda saber o telefone da delegacia da mulher, saber com quem falar no fórum, porque se precisar acionar a promotoria da cidadania, vai acionar, a rede é a rede que o estado oferece, então precisa conhecer muito a rede!”. (E 1)*

✓ **Inserção do psicólogo na APS**

Ao serem questionados quanto à forma de inserção do psicólogo na APS, os especialistas comentaram sobre o apoio matricial e a inserção direta na equipe. As questões levantadas devem ser avaliadas e discutidas até porque a proposta do

ministério a ser implantado contempla a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

*“Se considerar um psicólogo para atender nove equipes é inviável. Por outro lado discordando da tendência corporativa, acho que não é necessário um psicólogo por equipe de saúde da família, acho que se tiver **um psicólogo com essa idéia de matriciação ou de núcleo a cada três equipes dá para fazer um bom trabalho**”. (E 2)*

*“Eu vejo a possibilidade que a gente está fazendo um **psicólogo para cada dez mil habitantes**, e daí isto significa que um psicólogo poderia a grosso modo estar em **três PSF**”. (E 1)*

*“E a gente queria que tivesse psicólogo, e **psicólogo justamente na ponta** e não na **matricial**, por que este psicólogo da ponta que vai receber estas coisas de um jeito que uma coisa familiar forte não vire uma coisa crônica, é um sintoma daquele momento da família, se eu atendo já, aquilo não cronifica, então eu resolvo um problema antes que ele vire um monstro, coisa que a matricial jamais vai conseguir fazer, porque vai ter muita burocracia”. (E 1)*

5.2 Competências conceituais

5.2.1 Saúde coletiva

✓ **Princípios do SUS**

Os princípios do SUS foram citados pelos dois especialistas como um domínio de conhecimento fundamental para os psicólogos.

*“Acho que o número um é o domínio de conhecimento, do saber fazer, domínio de conhecimento sobre saúde coletiva, sobre **princípios do Sistema Único de Saúde** e tal”. (E 2)*

*“Além de política pública, se não entender os **princípios doutrinários e conceituais do SUS**, não dá para trabalhar no sistema. Então assim ou eu consigo entender e tornar operacional o conceito de integralidade e daí não é uma questão de política pública, é a questão conceitual deste termo integralidade, se eu não conseguir entender o que é equidade, eu não vou conseguir trabalhar no sistema”. (E 1)*

✓ **Política Pública**

A política pública foi citada por um dos especialistas.

*“Então precisa de um conhecimento profundo de **política pública**, não só de saúde, as outras também”. (E 1)*

*“Então conhecer a **política pública** e conhecer todas”. (E 1)*

✓ **Integralidade**

O conceito de integralidade foi citado por (E 2).

*“Em função de conceitos gerais da saúde, o conceito da **integralidade**, de vulnerabilidade, promoção da saúde”. (E 2)*

*“Para mim fica entre este conceito ampliado da 8ª conferência, e esse conceito que vem da **integralidade** como modo de andar a vida, estes conceitos para mim são marcos para pensar o trabalho”. (E 2)*

✓ **Promoção de saúde**

O (E 2) também aponta como um conceito necessário o da promoção da saúde.

*“**Promoção à saúde**, o próprio conceito de saúde que para mim fica entre este conceito ampliado da 8ª conferência, e esse conceito que vem da integralidade como modo de andar a vida, estes conceitos para mim são marcos para pensar o trabalho”. (E 2)*

✓ **Bioética**

O (E 1) resgata a importância da bioética.

*“Então se meu aluno não conseguiu entender a função da **bioética**, então a psicologia dele vai ser horrível neste lugar porque ele vai aplicar uma matriz teórica que foi inventada num período higienista da humanidade.*

Todas as matrizes teóricas da psicologia fundadas antes dos anos 60 são todas higienistas”. (E 1)

✓ **Atenção psicossocial**

O (E 2) traz o conceito da atenção psicossocial.

*“Mas de atenção **psicossocial** a gente tem muito pouca coisa escrita, então dá para ter um entendimento do que é isso. Bom, atenção psicossocial não é o olhar da clínica tradicional, a atenção psicossocial não é um parâmetro meramente biológico, então a gente vai por dedução, então essa coisa psicossocial deve apontar a existência concreta das pessoas, isso é social, isto é biológico, isso é econômico, isso é histórico, isto é cognitivo, isso é um monte de coisas e é um monte de coisas que se eu lidar com elas mais ou menos bem lidado, então eu vou produzir a atenção psicossocial”. (E 1)*

*“A gente pode produzir uma intervenção, nesse nível chamado **psicossocial** em que a vida não vai se cronificar mais do que o necessário, ou seja, se a pessoa vai ter uma degeneração neurológica isto é inevitável, eu acredito nisso, ela vai ter Parkinson, então eu não vou ter como evitar que ela tenha Parkinson, agora eu posso ajudar a produzir uma qualidade de vida hoje, para que esse Parkinson, chegue dez anos depois do que era para chegar, ou que ele chegue muito brando no começo”. (E 1)*

*“Ela é **psicossocial** porque ela atinge o todo, o todo daquele sujeito, o todo daquela família, e o todo daquela comunidade. É lógico que eu não vou transformar a comunidade toda hoje, porque eu não acredito que instalar uma equipe de PSF dentro de um território é um projeto de dois anos, isto para mim é um projeto de duas gerações”. (E 1)*

✓ **Atribuições da atenção primária**

O (E 2) aponta para a importância de se conhecer as atribuições da APS.

*“O próprio marco regulatório do que é **atenção primária**, das atribuições da atenção primária da atenção longitudinal, da co-responsabilidade acho que basicamente isso”. (E 2)*

✓ **Emponderamento**

O (E 1) fala da importância do conceito de emponderamento.

*“É fundamental entender o conceito de **emponderamento**, a produção da saúde é a produção do emponderamento da população sobre os seus processos vitais, aonde eu vou colaborar para que isto ocorra e se aprofunde”. (E 1)*

5.2.2 Psicologia

Não encontramos similaridades entre os especialistas quanto aos embasamentos teóricos provindos da psicologia.

Para (E 1) os conhecimentos utilizados como sustentação teórica são: a psicologia social comunitária, o aconselhamento, as abordagens sistêmicas e os processos de aprendizagem.

✓ **Psicologia Social Comunitária**

*“Então tem psicologias que têm visado a sociologia, então a **psicologia social comunitária** mirou um espaço fora da psicologia para tentar entender as coisas”. (E 1)*

✓ **Aconselhamento**

*“Eu tenho dado preferência para uma tecnologia dos anos 60 que é a tecnologia do **aconselhamento**, até porque como a gente tem usado a tabela Wonca, um dos procedimentos lá é o aconselhamento e que é uma prática comum na área da saúde”. (E 1)*

*“A gente acha que isto produz também uma outra coisa que o sistema se propõe a fazer que é o ganho da autonomia desse sujeito, se eu não tenho uma metodologia que leva ele ao auto-cuidado, o emponderamento dele em saúde é pequeno e daí a maioria das nossas teorias psicológicas não aceita nem dar ao paciente o seu diagnóstico, daí na psicologia justamente a tecnologia do **aconselhamento** era a mais dialógica que a gente criou até por que o Rogers era um cara que vinha de um campo muito humanista”. (E 1)*

✓ **Abordagens Sistêmicas**

*“Então para mim toda a psicologia que conseguir entender a lógica do processo vital, então que a pessoa tem uma existência, uma trajetória de vida e que esta trajetória se imbrica tanto no desenvolvimento biológico do corpo que a pessoa tem, como das relações sociais então esta psicologia dá para fazer um aporte para este lugar e tem algumas assim. As psicologias de pensamento mais ecológico e algumas **abordagens sistêmicas** poderiam fazer isto”. (E 1)*

✓ **Processo de aprendizagem**

*“O psicólogo deveria conhecer um pouco de **processo de aprendizagem**, pelo menos quem não estudou Piaget ouviu falar que as pessoas assim das camadas populares são mais sensório motoras, então você mostra para elas as quantidades de alimentos e elas vão entender, o que é a certeza que eu tenho hoje, pode ser que um dia mude”. (E 1)*

O (E 2) utiliza como sustentação teórica os conhecimentos provindos da teoria histórico-cultural, da esquizoanálise e da fenomenologia.

✓ **Histórico-cultural, Esquizoanálise e Fenomenologia**

*“Então essas possibilidades são baseadas num eixo epistemológico do que é o psicológico do que é subjetividade, que é esta questão, que é um processo, uma construção, eu trabalho, utilizo três referências fundamentais, teoria **histórico-cultural**, gosto de dialogar com a **esquizoanálise**, e o referencial **fenomenológico**, por uma questão até da minha história e trajetória e ter iniciado com a fenomenologia”. (E 2)*

5.2.3 Metodologias

O psicodrama e o método dialógico de Paulo Freire são metodologias utilizadas pelos dois especialistas. O (E 2) se utiliza também das técnicas corporais, da orientação cognitiva para tarefas terapêuticas e da dinâmica de grupo.

✓ **Psicodrama**

“Sim, a **corporal**, técnicas **psidodramáticas** basicamente isso, o resto é mais escuta, discussão”. (E 2)

“Moreno, dependendo que uso vou dar para ele, construiu muita ferramenta então eu posso usar o **Moreno**, se eu tiver claro que eu quero usar isto para o emponderamento daquela população, se eu usar apenas terapeuticamente como ferramenta de terapia eu nunca vou emponderar esta população por que o usuário nunca vai ter domínio sobre o que está acontecendo com ele, e daí nesse aspecto da metodologia dialógica do Paulo Freire é a que mais permitiria o emponderamento”. (E 1)

✓ **Método dialógico Paulo Freire**

“Dinâmica de grupo, oficinas com **temas geradores** que eu uso mais do que a dinâmica de grupo, uso muito estes recursos técnicos mais psicodramáticos, mais corporais, eu tenho meu eixo teórico como já te falei, mas eu não vacilo em usar esses recursos”. (E2)

“Daí de novo vem o **Paulo Freire**, eu preciso do velhinho por que ele tem uma tecnologia, uma metodologia que nos permitiria produzir emponderamento na comunidade, completamente diferente da metodologia da dinâmica de grupo que tu vais e aplicas com o grupo e ele não sabe da onde tu tiraste isto, qual a finalidade e objetivo tinha por trás disso, enquanto que no Paulo Freire tu vais para a comunidade de braços abertos, por que tu vais dialogar, o método é dialógico o tempo inteiro, então eu dou para ti e você dá para mim e sim, isso não tem emponderamento”. (E 1)

“Então para mim a metodologia mais segura para intervenção neste espaço é a metodologia **dialógica**, e do ferramental específico da psicologia seria o aconselhamento como técnica de contato com o usuário”. (E 1)

✓ **Corporal**

“Eu gosto muito das **técnicas corporais** por que elas acabam se colando como recurso para as pessoas, por exemplo, pessoas que têm crises de ansiedade. Então na medida em que este sujeito aumenta a sua percepção, a sua percepção do seu corpo e a sua respiração e ele aprende a sentir isso no corpo a gente ajuda e tal, faz lá uma espécie de treinozinho. Ele pode ir lidando com isso melhor em casa e pode inclusive

estar minimizando o sofrimento quando ele faz um exercício, respiratório, abdominal". (E 2)

✓ **Cognitiva - Tarefas terapêuticas**

"Quando precisa, eu utilizo isso ai também. São propostas que surgem da própria compreensão do trabalho, pedir para o sujeito organizar sua agenda, fazer listas de necessidades, essas coisas que são **tarefas** que têm uma **orientação cognitiva** mas que são tarefas terapêuticas". (E 2)

✓ **Dinâmica de grupo**

"Posso falar da própria ecologia dos relacionamentos, enfim posso organizar uma **dinâmica**, alguma coisa que a gente tem mais domínio". (E 2)

5.3 Competências comportamentais

✓ **Atitudes e Valores**

"A **tolerância** para conviver com a adversidade, para não ficar com aquela questão do normal e patológico". (E 2)

"Isso faz uma diferença, para as pessoas, faz uma diferença enorme, importante, de que os profissionais são **solidários**, que estão dando atenção, que estão envolvidos, que estão **comprometidos**, acho que faz uma diferença boa". (E 2)

"Se eu não for **ético** e **humilde**, eu não tenho o que fazer lá, então assim parece duas coisas de igreja tá, mas são as únicas que eu acho que são fundamentais, inclusive se eu for bem ético e bem humilde, eu nem preciso ter feito a melhor faculdade de psicologia". (E 1)

"Disponibilidade de diálogo e boa **comunicação**". (E 2)

"A **organização** de registros, por que a gente trabalha com prontuário família então até este próprio registro que te falei da assistência domiciliar tudo é uma forma de organizar as informações e os dados". (E 2)

5.4 Síntese de competências de acordo com a consulta aos especialistas

A tabela 9 traz o resumo das competências do psicólogo para o trabalho na APS levantadas nas entrevistas com os especialistas.

Tabela 9 - Síntese de competências de acordo com a consulta aos especialistas

Competências do Psicólogo para Processo de Trabalho em APS: Consulta aos especialistas	
Categorias	Ocorrências/ Nº de entrevistas
Competências Operacionais	
Processos de trabalho específicos do Psicólogo	
Atenção à saúde individual	2/2
Atenção à saúde da família	2/2
Atenção domiciliar	2/2
Processos de trabalho comuns à equipe de saúde	
Equipe	2/2
Planejamento/Organização	2/2
Atenção domiciliar	2/2
Conselho local de saúde	2/2
Territorialização	2/2
Atenção à comunidade	2/2
Intersetorialidade	1/2
Competências Conceituais	
Saúde Coletiva	
Princípios do SUS	2/2
Atribuições da APS	1/2
Políticas públicas	1/2
Promoção da Saúde	1/2
Integralidade	1/2
Emponderamento	1/2
Bioética	1/2
Atenção Psicossocial	1/2
Psicologia	
Psicologia social comunitária	1/2

continua

Competências do Psicólogo para Processo de Trabalho em APS:

Consulta aos especialistas

Categorias	Ocorrências/ Nº de entrevistas
Aconselhamento	1/2
Abordagens Sistêmicas	1/2
Psicologia da Aprendizagem	1/2
Esquizoanálise	1/2
Fenomenologia	1/2
Histórico-cultural	1/2
Metodologias	
Dialógico - Paulo Freire	2/2
Psicodrama	2/2
Tarefas terapêuticas	1/2
Dinâmica de grupo	1/2
Corporal	1/2
Competências Comportamentais	
Comunicação	1/2
Organização	1/2
Ética	1/2
Tolerância	1/2
Solidário	1/2
Comprometimento	1/2
Humildade	1/2

Fonte: consulta aos especialistas

Conclusão

As entrevistas trouxeram questões conceituais e as práticas desenvolvidas pelos profissionais e por seus alunos em estágios, residências. Na fala de cada entrevistado, surgiu a preocupação em dizer que isto é um processo que hoje é feito assim, porém aberto a mudanças e melhorias, demonstrando a questão da construção do papel do psicólogo na APS.

Além das questões que foram levantadas anteriormente, consideramos que as entrevistas trouxeram muitos elementos importantes para esta fase da pesquisa, aos quais podemos destacar:

- a perspectiva de que existem processos de trabalho específicos do psicólogo e processos de trabalho comuns à equipe de saúde, o que confirma a proposta incluída na Política Nacional de Atenção Básica onde

existe um núcleo comum e atividades específicas para cada profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

- a apresentação de formas, sugestões de como os processos podem ser realizados, sintetizados através do quadro com subcategorias;
- a questão da atenção à equipe de saúde não ser considerada pelos especialistas como um processo de trabalho do psicólogo na atenção primária;
- as considerações a respeito da inserção do psicólogo na APS;
- a problemática em relação a questões de encaminhamentos, referência, contra-referência quanto a atenção ser primária ou secundária.

Pelo desenho da tabela 9, podemos perceber um afinamento quanto às categorias de competências se comparados à tabela 8 apresentada anteriormente no item 4.4 construída através da análise documental.

Chamou à atenção a categoria de processos de trabalho específicos do psicólogo, onde a atenção à saúde individual, a atenção à saúde familiar e a atenção domiciliar foram consenso entre os especialistas consultados.

Quanto aos processos de trabalho comuns à equipe de saúde, tivemos o fortalecimento da questão da equipe, quanto ao psicólogo desenvolver e participar do processo de planejamento e gestão quebrando a lógica do especialista, que vai para a unidade de saúde, fazer seus atendimentos desligado do contexto da comunidade sem integração com a equipe de saúde. Este elemento integrador foi citado e reforçado pelos entrevistados como um fator fundamental quanto ao papel do psicólogo na APS. Lembramos que a característica trabalho em equipe é apontada na Política Nacional de Atenção Básica quando diz que deve existir um trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando as diversas áreas técnicas e as diferentes formações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Os entrevistados trouxeram a questão da territorialização, amparadas pelas atividades de visitas às instituições e das práticas comunitárias.

A atenção à comunidade vem como uma proposta de atividade integradora, sensibilizadora, facilitando laços entre a comunidade e equipe de saúde. O conselho local e seu papel de agente socializador e político.

Estas atividades estão incluídas na Política Nacional da Atenção Básica de 2006 que prevê o mapeamento e reconhecimento de área, a promoção e estímulo à

participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A atenção à equipe de saúde não foi considerada pelos especialistas como um processo de trabalho do psicólogo na atenção primária, as considerações a este respeito são fortes e merecem atenção da categoria. O psicólogo como um dos entrevistados diz (E 1): “também é um trabalhador sujeito às mesmas pressões como os demais profissionais de saúde da equipe”. Consideramos que a atenção à equipe de saúde pode comprometer o trabalho com a população e que o cuidado para com os profissionais de saúde, pode se dar através das políticas de gestão de pessoas do ponto de vista organizacional.

As considerações a respeito da inserção do psicólogo na APS partem da experiência vivida destes profissionais e são importantes reflexões mostrando as fortalezas e vulnerabilidades quanto ao matriciamento.

Os especialistas sugerem a inserção de forma direta, de um psicólogo para cada três equipes de PSF.

Lembramos da proposta do ministério com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que sugere outro modelo de atuação, onde o psicólogo juntamente com outros profissionais faz parte de uma equipe de matriciamento para dar cobertura no mínimo para oito equipes de saúde da família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Merece nossa atenção à problemática em relação ao que foi exposto anteriormente quanto a níveis de atenção hierarquizados em atenção primária, secundária sendo diluídos através de uma rede de atenção da qual o psicólogo possa fazer parte, que vem de encontro à proposta de Mendes (2002) e Cecílio (1997).

A tabela 9, apresentada anteriormente, permite visualizar uma forte identidade com a saúde coletiva, os conceitos considerados fundamentais como os princípios do SUS, as políticas públicas, as atribuições da atenção primária e a integralidade que a nosso ver englobam outros aspectos citados por eles. Consideramos que estas questões tiveram um avanço em relação aos dados encontrados na análise documental.

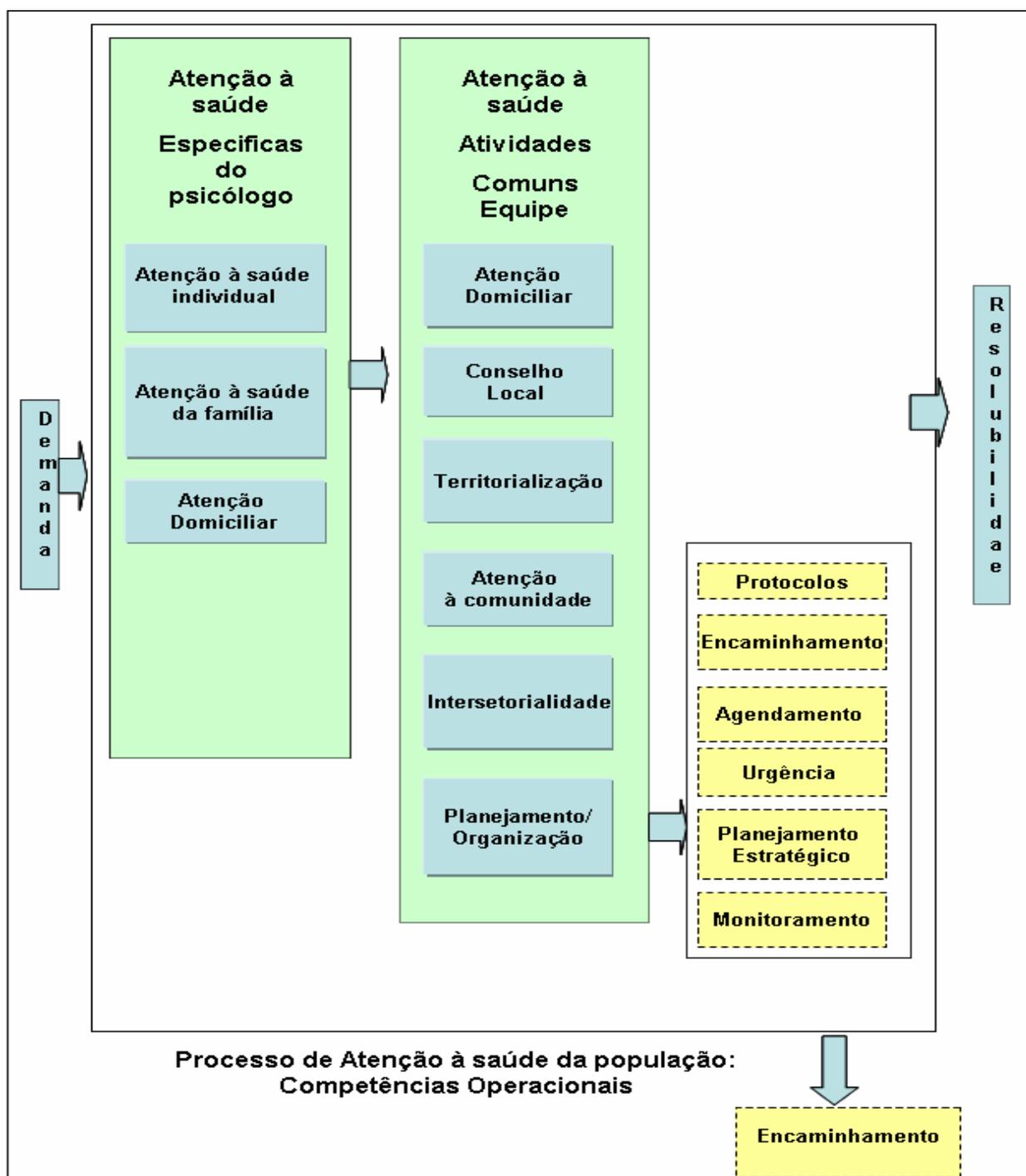
Já no campo da psicologia existe especificidade, cada entrevistado se utiliza de um referencial específico que acreditam ser congruente com os processos de trabalho realizados na saúde coletiva.

Nossa reflexão é no sentido de que as especificidades quanto aos referenciais teóricos e metodológicos não venham a ser impeditivos para a construção do papel do psicólogo ou entraves no processo de inserção da categoria na APS. Que as especificidades não sejam fragmentadoras, pois deste modo se apresentam muito mais como vulnerabilidades do que como oportunidades e diversidades construtoras de uma atenção integral.

Quanto às metodologias, o psicodrama e método dialógico de Paulo Freire são os métodos mais utilizados. Existem posições diferentes quanto ao uso da dinâmica de grupo, mas os especialistas se mostraram flexíveis à utilização de várias metodologias desde que sejam efetivas e consistentes com as questões conceituais.

As competências comportamentais citadas pelos especialistas como humildade, tolerância, solidariedade e ética apontam um sentido de valores, ao qual podemos inferir que o trabalho do psicólogo na APS pede identidade e paixão do profissional com os ideários do novo modelo de se pensar e se fazer saúde.

A figura 4 apresenta através do macrofluxo o desenho do processo de atenção à saúde da população construída a partir da consulta aos especialistas. As explicações técnicas a respeito do macrofluxo já foram detalhadas no capítulo 4.



Fonte: o autor

FIGURA 4 – Desenho do processo de atenção à saúde da população com base na consulta aos especialistas.

Podemos observar pela figura 4 uma proposta de atuação que contempla atividades **específicas do psicólogo** dos quais fazem parte os seguintes processos de trabalho: atenção à saúde individual, atenção à saúde da família e a atenção domiciliar.

As **atividades comuns** contemplam as seguintes atividades: atenção domiciliar, conselho local, territorialização, atenção à comunidade, intersetorialidade e planejamento e organização.

Para realizar estes processos, o profissional utiliza-se de **elementos de gestão** como planejamento e organização. Ele operacionaliza os processos através do agendamento, do preenchimento de protocolos e do encaminhamento e do planejamento estratégico.

Ao final, os resultados - as **saídas** das atividades - são medidos pela resolubilidade, trabalhada através do elemento de gestão, avaliação e monitoramento.

CAPÍTULO 6

PROCESSO DE TRABALHO DOS PSICÓLOGOS

A observação fez parte da terceira fase da triangulação dos dados. A observação dos processos de trabalho possibilitou uma percepção mais realista das práticas cotidianas dos psicólogos que atuam no Programa de Saúde da Família. Através da observação dos processos de trabalho foi possível obter o que e como podem realizadas as atividades, que nos darão subsídios para maiores discussões em relação às competências do psicólogo na APS.

De acordo com Ludke e André (1986), a observação possibilita ao pesquisador um contato pessoal e estreito com o fenômeno a ser pesquisado o que com certeza apresenta uma série de benefícios dentre eles podemos citar:

- a experiência direta é sem sombra de dúvida o melhor teste de verificação da ocorrência;
- o observador pode se valer de seu conhecimento e experiências pessoais para auxiliar no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado;
- permite que o observador chegue mais perto da “perspectiva” dos sujeitos, quando o pesquisador acompanha in loco as experiências cotidianas dos sujeitos, pode tentar apreender os significados atribuídos à realidade;
- as técnicas de observação são extremamente úteis para “descobrir” novos aspectos de um problema;
- permite coletas de dados em situações onde é impossível outras formas de comunicação.

Para que a observação se torne um método de investigação científica ela precisa ser controlada e sistemática. É necessária a existência de um planejamento e preparação do observador. Ao planejar uma observação, o pesquisador precisa determinar com antecedência o que e como irá observar. O que observar refere-se à delimitação do objeto de estudo, definindo claramente o foco de investigação, nessa etapa também cabem decisões quanto o grau de participação do observador e duração das observações. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

As observações serão registradas através das anotações de campo de natureza descritiva e reflexiva. Podemos entender as anotações de campo como todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações

dos sujeitos, descrevendo-as, primeiro, e, em seguida, fazendo comentários críticos sobre as mesmas. (TRIVIÑOS, 1995).

De acordo com Lüdke e André (1986), o registro escrito é a forma freqüentemente utilizada para o registro de observações, as anotações devem ser feitas o mais próximo possível do momento da observação, deve-se iniciar cada registro indicando o dia, o local da observação e o período de duração. É adequado deixar um espaço para a codificação do material e observações gerais, como demonstrar visualmente “letras”, “cores” diferenciadas as informações descritivas, as falas, as citações e as observações pessoais do observador.

A escolha dos participantes deste estudo foi intencional, foram observados dois profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família.

Fases que foram seguidas na realização da observação participante:

- contato com a Secretária de Saúde para observar os profissionais e autorização da instituição (anexo C);
- contato com os psicólogos e agendamento;
- assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos psicólogos (anexo B);
- verificação da variação heterogeneidade do trabalho;
- acompanhamento dos processos de trabalho;
- descrição dos processos de trabalho.

Neste capítulo, serão apresentados dados quanto à localização do contexto onde se deu a observação, dos seus espaços físicos, sobre os sujeitos observados, e o relato da descrição da experiência.

6.1 Localização dos espaços físicos e do contexto

Realizamos a observação em três unidades do programa de saúde da família, as quais descrevemos a seguir.

✓ **Unidade 1**

Está localizada em um dos bairros mais distantes do centro da cidade, sua estrutura é nova, é bastante ampla e composta pelos seguintes ambientes: 1 sala de recepção e medicamentos, 2 salas para reuniões, 1 sala de exame preventivo, 2

consultórios médicos, 1 consultório odontológico, 2 banheiros para usuários, 2 banheiros para funcionários, 1 sala de triagem, 1 sala de vacina, 1 sala de enfermagem, 1 sala de curativos, 1 sala de nebulização, 1 sala de coleta de sangue, 1 sala de esterilização, 1 copa e 1 sala de atendimento do CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

Todas as salas são equipadas com mobiliários e aparelhagens adequadas aos processos de trabalho, todos os ambientes possuem placas para sinalizar os espaços aos quais se destinam, há disposição de cadeiras na recepção e nos espaços próximos às salas de atendimento para acomodar a população. A unidade de saúde conta com um amplo estacionamento e fica em uma localização geográfica adequada, dentro do território.

Em áreas de circulação têm murais com informações sobre eventos, rotinas da unidade e cartazes do ministério sobre hipertensão, diabetes, HIV etc.

Fazem parte da equipe de saúde desta unidade: 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 5 agentes comunitárias de saúde, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 psicólogo. A equipe conta com a colaboração de estagiários da faculdade de enfermagem e do curso técnico de enfermagem do município.

A unidade 1 tem 939 famílias cadastradas e atende uma população de 3.363 usuários. Está alocada em uma área de risco e com grande vulnerabilidade social.

✓ **Unidade 2**

Localizada em um dos bairros mais distantes do centro da cidade, tendo uma estrutura construída há pouco tempo, é ampla e conta com os seguintes ambientes: 1 recepção, 1 sala de triagem, 1 sala de reuniões, 1 sala de curativos, 1 sala de vacinas, 2 banheiros para usuários, 1 consultório de ginecologia, 1 consultório médico, 1 consultório odontológico, 1 copa e 2 banheiros para funcionários.

Todas as salas são equipadas com mobiliários e aparelhagens adequadas aos processos de trabalho, os ambientes possuem placas para sinalizar os espaços, há disposição de cadeiras na recepção e nos espaços próximos a salas de atendimento para acomodar a população. A unidade conta com um amplo estacionamento e fica em uma localização geográfica adequada, é cercada e tem jardins, tendo um aspecto muito agradável.

Fazem parte da equipe de saúde desta unidade: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 3 agentes comunitários de saúde, 2 dentistas, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 psicólogo e 1 fonoaudiólogo.

A unidade 2 tem 1.628 famílias cadastradas e atende uma população de 5.534 usuários. Esta alocada em uma área rural, tendo algumas famílias em situação de risco e vulnerabilidade social.

✓ **Unidade 3**

Está localizada no centro da cidade e tem uma estrutura mais antiga, com espaços menores em relação às unidades 1 e 2, tem os seguintes ambientes: 1 recepção, 1 sala de enfermagem, 1 sala de vacinas, 2 banheiros para usuários, 2 consultórios médicos, 1 consultório psicológico, 1 consultório odontológico, 1 copa e 2 banheiros para funcionários.

Por ser uma unidade de saúde mais antiga, tanto o mobiliário como os equipamentos não são novos, mas atendem aos padrões de funcionalidade. Tem estacionamento adequado.

Fazem parte da equipe de saúde desta unidade: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 1 técnico de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar administrativo e 1 auxiliar de limpeza.

A unidade 3 tem 1.298 famílias cadastradas e atende uma população de 4.500 usuários. Parte de seu território está próximo ao centro da cidade, mas também abrange uma área agrícola, atende uma população considerada de classe média, tendo um percentual elevado da população acima de 65 anos.

Em um folder disposto no mural da unidade, estão especificados os seguintes serviços: cadastramento de famílias, visita domiciliar da equipe, visita domiciliar da ACS, grupos educativos (idosos, gestantes, puericultura, hipertensão/ diabetes), coleta de exames (preventivo de colo uterino, sangue, urina e fezes), curativos, vacinas, verificação de pressão, exames de diabetes, atendimento odontológico, atendimento médico (clínico geral, cardiologia, neurologia, proctologia) e atendimento psicológico.

6.2 Localização dos sujeitos

✓ Psicólogo 1

Tem 26 anos, formou-se em psicologia em 2004, com pós-graduação em nível de especialização em psicologia e saúde mental coletiva também em 2004. Na seqüência, ingressou na residência multiprofissional em saúde, concluída em 2007. A residência possui característica de formação em serviço com dedicação exclusiva, realizado em parceria com a união federal, por intermédio do Ministério da Saúde.

Segundo relatos do psicólogo, seu interesse pela área de saúde coletiva vem desde a faculdade onde inicialmente teve o desejo de fazer um estudo quanto à questão de medicamentos, mas logo surge a possibilidade de fazer seu estágio curricular em PSF, e diz ele: “foi gratificante e na apresentação do trabalho de conclusão do curso de psicologia eu até chorei, por conseguir mobilizar os professores e acadêmicos”. Suas concepções se aproximam aos ideais da reforma psiquiátrica como diz ele, embasados principalmente através dos conhecimentos e experiências adquiridas na pós-graduação e na residência.

Há sete meses, vem atuando como psicólogo no programa de saúde da família nas unidades 1 e 2 descritas acima, com dedicação exclusiva, está ligado a Secretaria Municipal de Saúde, é funcionário concursado efetivo em estágio probatório de 3 anos e conta com a supervisão da coordenação do serviço de psicologia.

✓ Psicólogo 2

Tem 29 anos, concluiu sua formação em psicologia em 2002. De acordo com seu relato, já no estágio do curso de psicologia escolheu trabalhar com questões sociais, desenvolvendo um trabalho sobre acolhimento dos pacientes em instituições de saúde. Depois de concluído o curso de psicologia, começou sua experiência profissional em uma organização do terceiro setor, uma ONG, onde atuou durante quatro anos de 2003 até 2007, saindo desta instituição para vir trabalhar em PSF. Suas atividades nesta instituição eram ligadas à população da ONG (crianças, professores e funcionários) mas também desenvolvia atividades com a comunidade do entorno, trabalhando com várias políticas assistenciais. Complementou a sua formação com uma pós-graduação em gestão da educação, em uma de suas falas

disse: “a formação ajudou muito a fazer projetos, a pensar de maneira pedagógica”. Também iniciou uma formação em existencialismo no núcleo de formação em existencialismo, porém não foi concluída, segundo o psicólogo é de onde traz a compreensão teórica do ser humano.

Está há seis meses atuando no programa de saúde da família em duas unidades de saúde, sendo uma delas a unidade 3 descrita acima, com dedicação exclusiva, ligada à Secretaria Municipal de Saúde, é funcionário concursado efetivo em estágio probatório de 3 anos e conta com a supervisão da coordenação do serviço de psicologia.

6.3 Descrição da experiência

A descrição da experiência foi tratada através da análise de conteúdo, que seguiu as seguintes etapas:

- pré-análise: organização do material, definição das unidades de registro, unidades de contexto, leitura flutuante de todo material;
- categorização: definição das categorias, palavras e expressões;
- classificação: agrupamento temático de categorias;
- análise inferencial: interpretação das fases anteriores, contextualização, as contradições, relação com o geral etc.

A descrição da experiência será apresentada através das unidades de registro que serão mostradas, diferenciando-se das citações literais, com fonte em itálico, emprego de aspas e recuo de 2 cm da margem esquerda. Cada unidade de registro trará uma codificação, utilizando-se a letra P (Psicólogo) e a numeração seqüencial em algarismos arábicos correspondente ao psicólogo observado. Considerar os grifos como grifos nossos.

Alguns detalhamentos para efeitos de subcategorização serão discutidos após algumas das competências operacionais, e ao final do capítulo será apresentada a análise inferencial dos dados da observação.

6.3.1 Competências operacionais

Processos de trabalho específicos do psicólogo

Neste agrupamento, estão descritas as categorias de processos de trabalho que trazem a especificidade de atuação do psicólogo. Esta classificação é didática, ela não foi encontrada na observação, mas optamos por seguir com este agrupamento por considerá-lo pertinente.

✓ Atenção à saúde individual

Os atendimentos são chamados de atendimentos singularizados que é utilizado tanto para denominar a atenção à saúde de indivíduos, como para o sistema familiar. Percebemos que para (P1) e o termo singularizado é utilizado com objetivo de desvincular-se da psicoterapia. Conforme comentamos anteriormente na consulta com os especialistas no capítulo 5, se for uma opção o uso do termo singularizado, o conceito precisa ser discutido, pois apresentou-se com vários significados e percepções.

*“-tenho outra curiosidade, porque você chama de atendimento **singularizado**’?;- ‘Não é por que é individual, é para desvincular da idéia de psicoterapia’.(P1)*

Quanto à descrição do local de atendimento dos psicólogos nas unidades de saúde, podemos encontrar os seguintes ambientes conforme descrição abaixo. São espaços que oferecem condições para que o processo de trabalho se realize. A sala utilizada por (P1) nos seus atendimentos é a sala de ginecologia. A sala tem uma mesa e duas cadeiras, quadros, uma estante, tendo também equipamentos específicos do atendimento ginecológico. Já (P2) tem uma sala específica para atendimento, com uma mesa, duas cadeiras, estante com livros de psicologia, várias caixas com jogos infantis.

A seguir, relatamos a descrição dos atendimentos observados, os nomes dos usuários atendidos são fictícios. Em todos os atendimentos, os psicólogos tiveram a mesma conduta de explicar o papel do observador e solicitar a aprovação das pessoas. Os atendimentos estão previstos em uma escala de serviços, a qual iremos apresentar posteriormente no item planejamento e organização.

Podemos perceber que o processo de trabalho, atenção à saúde individual, que serão apresentados a seguir, tiveram como eixos: a questão do acolhimento, do receber e fechar o atendimento com um aperto de mão, um abraço, fortalecendo o vínculo entre a pessoa e psicólogo. Girou através da questão central, ou seja, da problemática que trouxe a pessoa para o atendimento. Teve a investigação do cotidiano, dos sentimentos e comportamentos e suas modificações, dos medicamentos, do sistema familiar, do trabalho, sempre voltados para a autonomia da pessoa, para seu emponderamento, para qualidade de vida. Como recursos metodológicos, foram utilizados metáforas, associações, perguntas, apontamentos, desenhos, prescrições.

*“No primeiro atendimento que acompanhei, entrou Tereza, uma senhora de aproximadamente 50 anos que se mostrou sorridente, estava vestida com uma saia colorida e blusa lilás, o psicólogo recebeu ela na porta da sala com um aperto de mão e explicou o papel do observador. Então o psicólogo inicia o atendimento comentando que da última vez que ela veio, eles tinham conversado algumas coisas, pegou seu registro de atendimento e comentou da **questão que a trazia** que era a **problemática** com o marido. O psicólogo continua a **investigar o cotidiano** da pessoa, pedir que ela fale dos seus **sentimentos**. O terapeuta questiona quanto à questão da sexualidade. O terapeuta diz então ter percebido várias **modificações no seu cotidiano**, apesar de ser segundo o atendimento já haviam muitas coisas positivas, então o psicólogo faz mais uma **associação** para ajudá-la a entender seus **comportamentos e sentimentos**. O atendimento teve seqüência com **perguntas, apontamentos**, quando o final do atendimento estava se aproximando, então o psicólogo pega um papel e uma caneta e faz um desenho com um boneco e vários caminhos e explica a simbologia. O psicólogo então pega sua agenda e diz que gostaria de ver ela mais uma vez, eles discutem datas para o próximo encontro, o psicólogo preenche um registro para que ela possa marcar novo encontro e levanta-se, vai ao seu encontro, dá um **abraço** e a acompanha até a porta do consultório. O atendimento teve a duração de **50 minutos**”. (P1)*

Acompanhando o desenrolar deste atendimento percebe-se a importância de dar exemplos, de fazer apontamentos e da importância do estabelecimento de uma relação de confiança entre o psicólogo e paciente.

*“O psicólogo tendo em mãos o prontuário da Elza vai até a porta e recebe-a com um **abraço**, Elza é uma senhora de aproximadamente 60 anos, é alta, usa uma bermuda azul e uma blusa branca e calça um tênis branco. O psicólogo e Elza discutem várias questões sobre o **trabalho***

doméstico e da falta de valorização, assuntos que a mobilizam bastante. Ela mostra então suas mãos trêmulas e fala de vários sintomas físicos, são tratados assuntos decorrentes destas queixas, como ela encontra-se em tratamento medicamentoso, se fala de medicamentos e do seu tratamento. Para facilitar a compreensão de Elza em relação a dosagens e horários, já que parecia estar um pouco confusa, o psicólogo pega uma folha e faz **desenhos e explica** as dosagens, horários, pede para ela anotar e fazer isso em uma folha em casa e sugere que ela deixe em um lugar visível, dá um exemplo: na geladeira. Elza continua a trazer sua problemática em relação ao marido e filhos, dando vários exemplos **cotidianos** de conflitos que são trabalhados. Na seqüência, o psicólogo acompanha a sua ficha de registro e pergunta se ela tem feito **caminhadas** periódicas, conforme tinham conversado, se tem praticado mais alguma atividade, ele cita a possibilidade de participação em um grupo de trabalho manuais. A despedida é um forte **abraço** entre o psicólogo e dona Elza, que já quis deixar outro encontro marcado. O psicólogo fez o registro do atendimento em formulários específicos”.(P1)

Os dois atendimentos que serão apresentados a seguir, foram de acompanhamento e alta. Podemos perceber pelos atendimentos que eles tiveram como eixo as questões cotidianas da pessoa, sua experiência vivida, trazendo a questão dos medicamentos, das relações familiares, do trabalho, do autoconhecimento com busca da autonomia e emponderamento. Foram utilizadas técnicas como desenho, histórias e tarefas terapêuticas, chamada pelo psicólogo como prescrições. O cuidado longitudinal está previsto, as pessoas podem voltar, quando sentirem necessidade.

“O psicólogo chega à unidade, passa pela recepção, cumprimenta a auxiliar administrativa, pega os protocolos dos usuários agendados para a manhã e já tem uma pessoa aguardando para atendimento. Rose era uma senhora que aparentava ter uns 65 anos de idade, usava uma saia floral colorida e blusa também floral, então ela relata várias situações que demonstram estar lidando bem com suas questões **cotidianas** e **relacionamentos**. Com mais alguns relatos e **apontamentos**, o psicólogo vai finalizando o atendimento e diz que se precisar algum dia é só **voltar**, ela disse que indicou até para uma amiga, ela diz que a amiga está precisando. Rose agradece o atendimento e se despede. O atendimento durou por volta de 35 minutos.” (P 1)

“Este atendimento também era mais um de **acompanhamento**. Marta era uma mulher que aparentava ter 35 anos, usava bermuda jeans e blusa azul, estava maquiada, unhas bem-feitas e demonstrando estar muito alegre pela situação que estava vivendo. Ela continua falando sobre o filho, o psicólogo faz algumas perguntas e fecham a questão do filho. Ele pede para ela comentar mais coisas sobre suas **mudanças**, seus **sentimentos**, então o psicólogo lembra que ela mudou várias coisas na

*sua vida e comentam que ela não precisa mais de atendimento, que estão finalizando o trabalho. Eles se despedem com um forte **abraço**.*

Seguem-se descrições de outros atendimentos observados. Percebe-se a questão do contato entre as pessoas e o profissional de saúde, do toque através do aperto de mão, do abraço, do olhar, do carinho, do acolhimento. Novamente percebemos a centralidade em questões cotidianas, do vivido pelas pessoas, dos conflitos familiares, da problemática econômica, dos sentimentos de angústia, raiva diante das experiências e fatos. Da importância de contextualizar as situações para que as pessoas possam perceber as mudanças que dão lugar a novas estruturas familiares, novos arranjos nos relacionamentos com vistas à qualidade de vida. A forma de condução do trabalho é no sentido de diálogo, de apontamentos e orientações, sempre estando presentes questões do cuidar e ser cuidado.

*“Este era o terceiro atendimento da manhã, entrou na sala Paula, uma mulher alta, vestida com bermuda e camisa jeans, cabelos com raízes escuras e pontas claras, ao ser recebida na porta com um **aperto de mão**, já foi falando com seu sotaque forte, a mesma se colocou a falar das divergências com seu marido, falava sem parar, o psicólogo não conseguia fazer-se ouvir em alguns momentos, ela disse que até foi procurar emprego, mas que depois de certa idade, fica difícil, ela relatou várias **situações de conflitos** e de que tinha vontade de separar-se do marido, ela contou vários conflitos que iam desde **problemas financeiros** até **conflitos conjugais**, não dava chance de interlocução para o psicólogo. Ao final, Paula se mostrou mais tranqüila e o psicólogo pôde ampliar para outras questões, ele pergunta sobre **medicamentos**, olha para seu prontuário, ela conta que ainda toma calmantes e é atendida pela médica do posto. O psicólogo trabalhou alguns fatos concretos da sua **problemática** através de **situações cotidianas** com exemplos para que ela pudesse relacionar a sua vida, perguntou o que ela pensava em fazer, o que ela tem pensado.” (P 1) .*

*“O psicólogo olha para o protocolo, seus registros e comenta do caso, diz ser uma pessoa jovem. Vamos chama-lá de Páti, ela aparenta ter uns 20 anos é uma jovem muito bonita usando calça jeans, tênis e uma blusa rosa. O **diálogo** seguiu com vários **apontamentos** do psicólogo, Páti pensava e freqüentemente balançava a cabeça e sorria, as questões giravam em torno do se **respeitar**, o psicólogo dá **exemplos concretos** para que ela possa associar a sua problemática, por exemplo, quando o namorado liga de madrugada e ela não sabe se impor, fala dos padrões das pessoas que são muito diferentes, cada um comporta-se de acordo com seus **valores**, falam sobre os **padrões de comportamento** dela e do namorado, as reações dela em relação aos fatos. Pede para ela pensar o quanto já sofreu neste relacionamento e que escolhas quer fazer na vida,*

e vai se fechando o atendimento, é marcada outra data, ela diz que quer vir novamente, com a finalização do atendimento, ele a acompanha até a porta.” (P 1)

As questões trazidas pareciam pedir uma conduta mais orientativa do psicólogo, mostrando a necessidade da flexibilidade metodológica.

*“Entrou na sala de atendimento uma senhora muito elegante, estava com uma blusa de fundo preto com sobreposição colorida, unhas bem-feitas, cabelos penteados. Ela relata várias situações de crises que aconteceram deste o último dia que esteve em atendimento. O psicólogo **investiga** as questões sobre vários ângulos e comenta um pouco sobre nova **estrutura familiar**, das **mudanças** que ocorreram na constituição das famílias, mães com filhos somente, pais e filhos, ele comenta que para **cuidar** dos outros é necessário **cuidar de si**. O psicólogo fala dos caminhos, das dificuldades, e das decisões que temos que tomar na vida, e como é importante fazer as escolhas por si mesmo, vários são os exemplos da situação. Ele fecha a questão associando com **metáforas**, ele levanta e faz um movimento corporal mostrando como é seguir a vida com um fardo nas costas e depois como é seguir a vida com este fardo um pouco menor, olhando para frente e diz que quer que ela volte daqui a duas semanas, pode agendar na recepção, segue um caloroso abraço entre eles. (P1)*

Podem ser vistos na prática as questões do cuidar e ser cuidado.

*“Doraci parecia ter aproximadamente 60 anos. O psicólogo pede para a cliente quanto às **tarefas** dadas na última sessão, questiona quanto a **caminhadas**, **atividades de lazer**, e como tem se sentido com os **medicamentos**. As tarefas dadas na última sessão que eram a construção de um texto e fotos sobre momentos importantes em família, não foram feitas, a paciente fala das justificativas e o psicólogo diz então que fica para a próximo encontro e explica novamente da importância de cada tarefa. Então após o relato da paciente, o psicólogo comenta que foi importante que ela está conseguindo organizar sua vida e com isso diminuir a ansiedade. Sobre a questão da **ansiedade**, foi vista uma lista feita anteriormente e foi comentado sobre cada item, sono, cansaço, irritação etc. Dando seqüência ao atendimento, o psicólogo pergunta sobre as **questões familiares**, a paciente relata várias situações, e o problema já trazido anteriormente com uma das filhas começa a ser explorado, e o psicólogo faz a cliente refletir sobre o que a incomoda na filha, a situação é investigada, com **perguntas como foi, o que aconteceu, como ficou o relacionamento** entre vocês, e dos sentimentos dela a respeito. O psicólogo leva Doraci a refletir através de **questionamentos** sua postura em relação à filha, o jeito como ela fala, o que diz, através de um **desenho** em uma folha branca, o psicólogo representa a mãe e filha e os vários movimentos que acontecem, para fechar o encontro, o psicólogo sugere”-“ exerça sempre o diálogo, pois ele*

abre uma possibilidade de relacionamentos melhores e com isso as coisas podem ser diferentes'. Lembra Doraci das suas tarefas e explica da importância delas para ajudar a fechar uma queixa trazida no primeiro encontro. (P2)

*“Entrou na sala de atendimento Margarida, usando pulseiras, brincos, vários anéis, roupas coloridas, recebe o psicólogo, dá um abraço então o psicólogo pergunta quanto aos exercícios e atividades dados na última sessão. Dando seqüência, o psicólogo investiga outras questões, que eram assuntos discutidos em encontros anteriores, sobre o **sono**, a paciente fala sem parar e o psicólogo pontua, o psicólogo pontua a questão da **flexibilidade**, mas Margarida insiste em contar várias situações como querendo obter a aprovação dele quanto a postura dela, o psicólogo tenta fazê-la refletir que muitas vezes não é que é dito, mas o local, a forma, o tom de voz. O atendimento é fechado, pedindo para ela fazer um exercício de respiração, pensar antes de agir, após é feito o registro dos dados. (P2)*

O atendimento descrito abaixo traz uma problemática social, pareceu-me ser uma situação a ser administrada mais pela assistência social e não propriamente pela psicologia naquele momento, ou mesmo então ser uma questão de intersectorialidade, um trabalho conjunto entre a unidade de saúde a assistência social.

*“É um primeiro atendimento, chega uma senhora que vamos chamar de Joana. Ela estava vestida com roupas bastante surradas, e com um olhar triste, ela disse que estar tudo ruim e começa a relatar vários fatos que tratam do desemprego dela, do marido, da doença do marido, falta de dinheiro, conflitos com filhos, ela começa a chorar e reclama que não tem ninguém para ajudar, que tem ido de um lado para outro, pedir cesta básica, vale transporte, medicamentos. O psicólogo continua a investigar as questões de **estrutura de familiar, situação econômica**, ela diz que o que mais a está abalando é falta de dinheiro e a doença do seu marido, o psicólogo investiga a questão dos **medicamentos**, ela se trata com o médico do PSF, houve vários momentos de silêncio, entre seus desabaços e alguns apontamentos do **psicólogo**. Ela relata vários **sintomas**, problemas na coluna, dores de estômago, problemas de tireóide etc. Para finalizar o atendimento, o psicólogo diz que quer ajudar mas que não vai poder fazer isto sozinho, que irá **conversar** principalmente com a **assistência social** e com o **médico** para ver o que pode ser feito. “(P1).*

O público dos atendimentos observados se mostrou diferenciado e mesmo conversando posteriormente com os psicólogos para ver dados de relatórios de atendimentos, percebemos que (P1) tem tido maior número de atendimentos para o

público feminino de faixa etária de 45 a 65 anos, enquanto que (P2) atende a público mais diversificado, tendo também vários atendimentos para homens e crianças.

*“-‘Tenho atendimentos bem **diversificados**, atendo mulheres, homens, crianças. -‘ você tem bastante demanda da clientela masculina’?-‘ tenho sim, vem muito problema de ansiedade e alcoolismo até vamos dar um olhada nos prontuários’ contamos rapidamente de 51 atendimentos, 11 foram para homens, -‘ até tem uma demanda grande de crianças, talvez por que o PSF seja próximo da escola e até porque fiz visitas lá. (P2)*

Acompanhando o trabalho dos psicólogos, constatei que o tempo de atendimento fica em torno de 45 minutos, alguns tiveram um tempo menor em torno de 35 minutos. A periodicidade dos atendimentos depende de cada caso, teve pessoas em que foram agendadas atendimentos para a próxima semana, outras para quinze dias, e outras com atendimento para um mês. Quanto ao número de sessões, também percebemos certa variedade, parece depender de cada caso, mas existe certo direcionamento para atendimentos de curto prazo, nos casos descritos acima em que foram finalizados os atendimentos ficarem entre 2 a 4 atendimentos. Durante o período observado, não surgiram situações para pronto-atendimento, que faz parte da escala de serviços dos psicólogos.

*“-‘quantas vezes atendeu ela?’ – ‘é a quinta vez, como te falei **oscila** bastante, tem atendimentos que vão até sete encontros, outros ficam em apenas **um ou dois**, ou como no atendimento anterior, fechou em **três**”.*
(P1)

Para orientar seus processos de trabalho, tanto no atendimento singularizado como nas visitas domiciliares, os psicólogos utilizam o registro de assistência em saúde mental que além do registro das informações, tem uma orientação metodológica, vamos apresentar este registro e sua proposta metodológica posteriormente quando apresentarmos as competências conceituais e metodológicas. Podemos observar que todos os atendimentos observados seguem a orientação proposta.

A demanda pelo trabalho do psicólogo pelo que foi observado, vem através de várias portas de entrada: pela própria pessoa que procura os serviços, pelas pessoas da comunidade que indicam, pelos demais membros da equipe de saúde (médico, ACS, enfermeiro), quando o encaminhamento é feito pelo médico, este faz um observação no prontuário, indicando para o serviço de psicologia. Também

foram desenvolvidas ações diretas para apresentar os trabalhos do psicólogo, no mural da unidade, entrega de bilhetinhos nas residências das pessoas, convite nos grupos.

“-‘Vi que tem várias maneiras de chegar até na psicologia, quais são as outras maneiras que a comunidade acessa os serviços’ –‘tem as indicações, referências, dicas de vizinho, os encaminhamentos. Temos também um projeto de elaborar um folder” (P 1)

“- ‘ela foi encaminhada?’- ‘veio através de uma vizinha, o problema era a ansiedade e dificuldade de dormir, vem muitas pessoas com problemas de sono.’”(P1)

“-‘ela veio por indicação da médica da equipe, gosto muito desta médica ela incentiva, fala para pessoas que vai ser importante vir com o psicólogo, mobiliza, ela faz uma recomendação e não uma indicação”.
(P1)

“-‘como ela chegou até você?’ –‘veio encaminhada pela médica, pois estava tomando medicamentos, calmantes’. (P1)

“-‘como Tereza chegou até você?’ -‘foi através de uma agente comunitária de saúde, que falou que tinha psicólogo e como ela vem sempre na unidade de saúde ,acabou marcando uma consulta’. (P 2)

“-‘Como foi aberta a demanda para psicólogo?’ -‘ as ACS iam nas casas e falavam do trabalho do psicólogo, em algumas eu estava junto nas visitas e falava do trabalho, também fiz bilhetinhos quando entrei e as agente comunitárias entregavam , também comentávamos nos grupos, como tem encaminhamento do médico é bem diversificado””(P2)

“-‘Pelo que vi este é o quinto atendimento , como ela ficou sabendo da psicologia’:- ‘ não sei como ela ficou sabendo, acho que foi pela ASC”’. (P2)

As experiências subjetivas diante da atenção à saúde individual trazem várias questões, a primeira diz respeito à percepção do potencial das pessoas para mudança, facilitado através de um processo de escuta e acolhimento. Os sentimentos de angústia, ansiedade, devido à impotência diante das problemáticas sociais e do sofrimento das pessoas, mas também dos sentimentos de alegria, realização pelos exemplos de superação, pela organização da vida, pelo emponderamento das pessoas.

O atendimento singularizado está estruturado como um processo que tem como objetivo a busca pela autonomia e emponderamento das pessoas. Ao trabalhar com as questões cotidianas das pessoas, da família, focaliza-se na vida concreta das pessoas para que possam organizar sua vida, aliviar seu sofrimento em busca de qualidade de vida, é um atendimento que engloba as questões sociais das pessoas, que percebe os indivíduos com subjetividades, histórias pessoais, dentro de um contexto social, econômico e cultural.

Devido ser considerável a demanda por atenção à saúde individual o psicólogo deve tomar certo cuidado, para não ficar envolvido somente com este tipo de demanda e fechar-se para outros processos de trabalho, correndo o risco de trazer somente a especificidade da sua função e não colocando em práticas os vários elementos da APS.

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que a categoria de atenção à saúde individual tem as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 9.

Atenção à saúde individual
Tem agendamento
Tem encaminhamento
Parte da conotação positiva
Parte de situações cotidianas da vida das pessoas
Parte do cuidado integral
Vistas ao projeto de vida
Busca a promoção da saúde
Busca pela autonomia (emponderamento dos sujeitos)
Compactua com a noção de acolhimento
Prevê orientação e acompanhamento
Prevê o autoconhecimento
Parte de diagnósticos da situação
Parte de metodologias próprias

Fonte: processos de trabalho dos psicólogos

Quadro 9 - Subcategorias da atenção à saúde individual

✓ **Atenção à saúde da família**

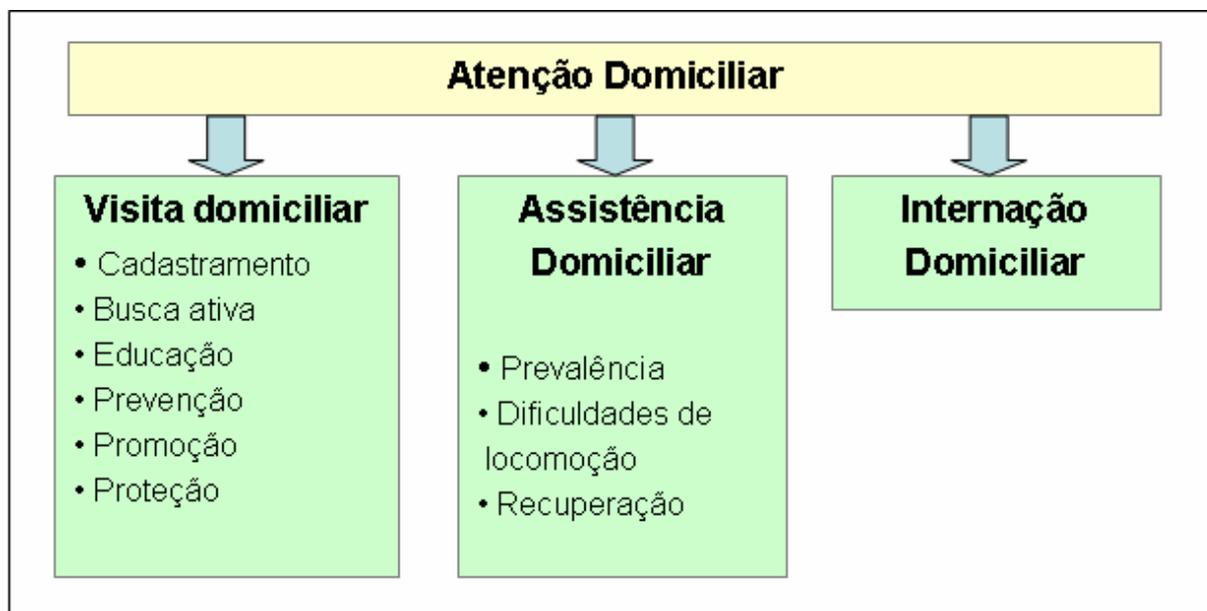
Durante o período de observação, não foram realizados atendimentos envolvendo familiares. Os psicólogos comentam que se precisar, podem realizar esta modalidade de atendimento.

“-‘Dos atendimentos que vi, foram somente individuais, você faz **atendimento familiar**’? –‘a gente faz o atendimento de acordo com a necessidade, mas mesmo que seja individual, sempre envolve o sistema familiar, geralmente quando atendemos criança é em conjunto com os pais.’” (P2)

“- ‘Você faz **atendimento familiar**’? –‘sim se tiver demanda, o atendimento pode ser familiar’” (P1)

✓ Atenção domiciliar

Percebemos que os psicólogos utilizam o termo visita domiciliar, então consideramos pertinente explorar a temática. Para (P1), não tem diferença, ele acredita que toda visita é sempre um tipo de assistência. Já na visão de (P2), existem diferenças entre a visita e a assistência domiciliar as quais são apontadas por ele. Vamos considerar os termos como sinônimos.



Fonte: Ministério da Saúde

Fig. 5 – Processos que fazem parte da atenção domiciliar

A figura 5 mostra uma divisão bastante coerente para entendermos as diferenças entre a visita e a assistência domiciliar.

“-‘você vê alguma diferença entre a **visita domiciliar** e **assistência domiciliar**’, -‘acho que é a mesma coisa, para mim não tem diferença, não é só a visita, é sempre uma assistência’”. (P1)

“- ‘Qual é o foco das **visitas**’? - ‘Tem dois tipos, a de **acompanhamento** é para ver como estão as coisas, se as pessoas estão seguindo as **orientações** dadas, se estão dando **seqüência às atitudes de cuidado** e mesmo para dar um suporte para a **família** como as duas que fizemos. Têm outras que são **específicas**, as duas que íamos fazer agora e não encontramos as pessoas, por exemplo, tem um menino com problemas de obesidade, é uma **situação específica** que precisa de um acompanhamento mais de perto, dar **seqüência ao atendimento singularizado**, já que a mãe tem dificuldades de trazer na unidade, é uma investigação e um acompanhamento de uma **problemática**, outra visita que íamos fazer deste tipo era para uma pessoa que já esteve em atendimento e tem como problema o alcoolismo.” (P2)

Pelos relatos que serão descritos abaixo podemos observar que a atenção domiciliar é voltada para pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisam de um acompanhamento.

“-‘De onde vêm as entradas para as visitas domiciliares’?,- ‘ muitas vêm das ACS, geralmente são pessoas com **dificuldades de locomoção** ou por não estarem comparecendo na unidade e precisarem de **acompanhamento**.” (P2) .

Observamos que as questões que permeiam as visitas estão relacionadas a problemas familiares, dificuldades financeiras, problemas de saúde que causam limitações físicas muitas vezes excluindo a pessoa do trabalho, do convívio social. Podemos perceber que o trabalho do psicólogo é de incentivar a pessoa para atividades que tragam um pouco mais de qualidade de vida, possibilidades de socialização e autonomia ao sujeito. A proposta é de conotação positiva, do exercício de explorar sentimentos, destas pessoas que muitas vezes costumam falar muito mais de suas dores físicas, com dificuldades de falar do sofrimento emocional mostrando-se como um exercício de cuidado e acolhimento.

“ –‘diz o psicólogo: a visita em si tem um **significado** grande para as pessoas, já mobiliza para a mudança. A visita domiciliar para aquela senhora tem um significado de que ela pode se sentir **cuidada**, ela tem uma longa história de cuidados, e de ajuda, ela precisa aprender a cuidar de si, ele diz:- ‘eu sigo assim ofereço cuidado, acolho, e `as vezes é muito simples, só o fato de ir até a casa da pessoa, escutar já produz mudanças, às vezes tem muito a questão de se permitir ser cuidado, e depois tento ajudá-la a descobrir formas de cuidado’. Ele explica que do ponto de vista da psicologia, ela não tem uma queixa específica, ele diz:- ‘

ela tem uma limitação social, limitação para seu trabalho, e tudo isso causa angústia, ela quer ser **acolhida**".(P1)

"O local da visita domiciliar era um pouco afastado do PSF, passamos por vários locais, a residência estava localizada em uma rua de estrada de chão, no caminho fui informada do caso de Maristela, a senhora que iríamos visitar, além de várias peculiaridades do território. Paramos em frente a casa, uma moradia simples, de madeira, com uma pintura azul já desgastada pelo tempo, a porta da sala estava aberta e entramos e encontramos Maristela sentada em um sofá, coberta por um lençol. Segundo o psicólogo, ela estava **impossibilitada de ir à unidade** pois tinha problemas de **obesidade**. Inicialmente, o observador foi apresentado como sendo psicólogo também. O diálogo se inicia com o relato de dona Maristela de seus **problemas familiares**, com problemas com uma neta, **dificuldades financeiras**, as impossibilidades de **trabalhar nos serviços da casa**, foram apontados algumas questões pelo psicólogo, **valorizando** o que ela tinha de bom, os filhos que tinha criado, os netos, a ajuda que sempre dava para os vizinhos, enfim o quanto já tinha feito e que poderia fazer quando esta fase mais crítica passasse. Após relatos e apontamentos do psicólogo, ela seguiu falando dos vários sintomas físicos que tem tido, como tonturas, dor nas pernas, não conseguir ficar em pé, ela comentou que da última visita do psicólogo, ela estava na cama e que hoje está bem melhor, apesar de ter que pedir ajuda e ser carregada para vir para a sala, comenta que não quer usar cadeiras de rodas, que para uma gorda como ela nem tem cadeiras de rodas. O psicólogo estava com o prontuário na mão e fez algumas anotações, o encontro seguiu com relatos por parte dela que expressavam suas **limitações físicas** e seu desejo de trabalhar, cozinhar, onde ela lembra que sempre ajudou as pessoas e agora se sente deixada de lado. A certa altura da visita, ela relata que até faz bordados, o psicólogo incentiva a fazer **tarefas prazerosas** e ela escuta com atenção. Ele novamente faz questão de comentar e valorizar o seu esforço de estar ali sentada na sala. Durante a visita, percebi que tinham mais pessoas na casa, em um momento um senhor deu uma olhada e cumprimentou e logo saiu, depois de um tempo, um adolescente fez este mesmo movimento.

Então Maristela foi incentivada para ficar o resto do dia na sala, ao finalizar a visita, o psicólogo abre a agenda e marca outra visita para daqui a duas semanas, anota data e local e passa em um formulário. Ela expressou sua gratidão pela visita e disse que se sentia melhor. A visita teve duração de 30 minutos".(P1)

"No período da tarde, após o almoço, passamos na unidade de saúde para pegar os prontuários e demais registros, íamos para mais uma visita domiciliar. A residência até que era próxima ao PSF, era uma residência de alvenaria, estava tudo fechado, parecia não ter ninguém em casa, o psicólogo foi direto para a porta dos fundos, encontramos Catarina na

*cozinha lavando a louça, ela pediu licença para ir até o quarto, pois queria trocar de blusa. Ela é uma senhora de aparência bastante sofrida, cabelos curtos, grisalhos e muito tímida. O psicólogo pergunta, como ela tem passado se recebeu as visitas que esperava dos filhos, sentamos na cozinha, ela disse que a filha veio visitá-la, o psicólogo pergunta como ela tem se **sentido**, como está sua perna, se tem dores, ela relata do seu estado dos **sintomas físicos**, ele quer saber de **sentimentos** mas a senhora com olhar contido, fala pouco, parece ter vergonha, às vezes, tem momentos de silêncio, ela fala que o filho está em casa e insiste em chamá-lo para que ele venha cumprimentar os profissionais de saúde. Ele vem, mas também fica sem jeito e logo retorna para o quarto. Ela é uma senhora bem fechada, mas mesmo que por poucos momentos demonstra ter ficado **feliz** com a visita, às vezes suspira, olha, baixa a cabeça, fala do tempo, de assuntos diversos. O psicólogo tenta explorar **possibilidades de socialização**.”(P1)*

As visitas também envolvem algumas questões trabalhadas nos atendimentos individuais realizados na unidade de saúde, questionando-se questões da alimentação, medicamentos, sono, higiene e cuidados com a aparência. A visita parece ter também um propósito de verificar a questão da atenção e cuidados, ver se as rotinas de cuidados estão sendo seguidas, isto inclui também verificar a rede de cuidadores e suas ações.

*“Chegamos a uma casa de madeira, fomos recebido pela **filha** de Iris que ficou muito feliz, logo foi abrindo a porta e convidando para entrar, sentamos e então vem até a sala uma senhora de 89 anos, cabelos brancos, magrinha. Ela comenta como tem passado , que tem dores, o psicólogo questiona se tem saído da cama, **sentado na varanda**, se saiu para **passar**, enfim aborda quanto **atividades e lazer** e depois pergunta sobre os **medicamentos**, convida para ir ao **grupo de caminhada**, questiona quanto à **alimentação**, então seu marido, um senhor de 95 anos e incentivado pela **filha** a vir para sala com ajuda desta ele consegue andar e sentar-se, ele chora e a filha diz que é por que ele fica feliz, com as visitas, ele diz que se sente triste por não poder fazer nada, nem gosta de sentar na varanda, pois vê quantas coisas não pode fazer, o psicólogo **valoriza** as coisas boas conseguidas, a experiência, os filhos que estão por perto e sempre fazem companhia e aborda várias outras questões com **foco no positivo**, na **conversa com a filha**, foi pensado na possibilidade de incluir alongamentos para o pai , pois o seu caminhar mostra-se muito comprometido, e fica combinado que a filha vai insistir com os pais para levá-los no grupo de caminhada amanhã e conversar com o fisioterapeuta sobre os exercícios, eles já querem arrumar um café e o psicólogo diz que infelizmente temos um roteiro de visitas e que o motorista aguarda no carro”. (P2)*

*“Dona Francisca, a segunda visita que fomos fazer naquela tarde, teve AVC e tem um comprometimento grave na fala e memória. O psicólogo comenta de coisas que tinham falado da última vez até para testar sua memória, ela se mostrou um pouco confusa em relação aos fatos, e veio com uma caixa com fotos que fez com o fonoaudiólogo onde colaram fotos e ela escrevia sobre os fatos, nomes, endereços, situações que viveu. Era uma senhora de 68 anos(pude conferir em uma das fotos que vi) mas aparentava mais idade, estava de pijama , cabelos despenteados, a psicóloga a incentivou para **cuidados com higiene** e **aparência**, ela relata vários assuntos começa com um e vai para outro conta da venda da casa, de costuras, então são abordadas **questões do cotidiano**, de acompanhamento, **alimentação**, do **sono**, de **passa-tempos**. O psicólogo diz que vai conversar com a filha dela para ver o que podem fazer”. (P2)*

Acompanhando o trabalho dos psicólogos, constatei que o tempo das visitas fica em torno 20 a 30 minutos e a periodicidade das visitas também depende de cada caso, tiveram pessoas que em que foram agendadas visitas para a próxima semana, outras para quinze dias.

Então podemos dizer pelo que foi exposto, que na categoria de visita domiciliar encontramos as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 10.

Atenção domiciliar
Vistas à atenção longitudinal
Parte da noção de cuidado
Prevê a inclusão social
Prevê o acompanhamento
Prevê a discussão de questões cotidianas
Prevê a conotação positiva
Prevê uma rede de cuidados
Vista à qualidade de vida

Fonte: processos de trabalho dos psicólogos

Quadro 10 - Subcategorias da Atenção domiciliar

✓ **Atender à equipe de saúde**

Os psicólogos observados também não consideram que atender a equipe de saúde seja uma das suas atribuições, um deles até abre a possibilidade de atendimento quando tem agenda livre.

*“-‘Você acha que o psicólogo pode atender à equipe de saúde’? –‘ Até tive a demanda para fazer um trabalho com a equipe quando cheguei aqui, até tentei fazer um trabalho em duas ou três reuniões, mas achei melhor dar um tempo, acho que isto **não** é mais legal eu fazer, até por que também faço parte da equipe, acho melhor vir alguém de fora para fazer isto.” (P2)*

*“-‘Você acha que o psicólogo pode atender à equipe de saúde’ ? -‘se eu tiver com tempo na agenda, **não vejo problema** em fazer isto’”. (P1)*

Processos de trabalho comuns à equipe de saúde

Neste agrupamento, estão descritas as categorias de processos de trabalho em que o psicólogo atua com a equipe de saúde, tendo caráter interdisciplinar e multidisciplinar.

✓ **Equipe**

As questões que vêm sobre este tema, através das observações e dos relatos, mostram que o relacionamento interpessoal entre o psicólogo e demais profissionais da equipe de saúde vêm sendo construídas ao longo dos 7 meses em que os psicólogos estão atuando no PSF. Encontramos no dia-a-dia dos profissionais discussões de ações, construção de planos e projetos terapêuticos, operacionalização de atividades, discussões de casos e atendimentos conjuntos que trazem a tona à interdisciplinariedade. Porém são práticas que a nosso ver ainda estão sendo construídas, não estão instituídas entre todos os profissionais.

*“-‘Como se dá à relação do psicólogo com os demais profissionais’? -‘ ela acontece no dia-a-dia caso precise de uma **informação**, eu vou até o médico, também podemos **discutir ações** com a ACS, temos acesso a todos os profissionais, aqui os médicos são abertos, eles nem querem que chamem eles de doutor’, risos.”(P1)*

“Durante um dos intervalos de atendimento fomos até a copa, encontramos lá outros membros da equipe, tomamos café, tinha pão que uma enfermeira trouxe, bolachas, uma das técnicas de enfermagem entrou o local e deixou uma cuca, disse que foi presente de uma usuária e

o psicólogo transita pelo local, **conversa com os demais membros** da equipe naturalmente”. (P 1)

“Antes de irmos para o almoço, como uma usuária havia faltado no atendimento, ficamos um pouco na recepção, a conversa foi sobre **vários assuntos** do dia- a- dia da unidade”. (P 1)

“Durante um intervalo de consulta, uma **ACS** entrou na sala e pediu para **discutir um caso de visita domiciliar** e sobre a conduta a ser tomada com uma pessoa, é um caso de HIV positivo, a ACS e psicólogo, discutiram um plano de como poderia ser tratado o assunto e que ações poderiam ser feitas. Várias questões foram discutidas e ao final, uma delas foi escolhida para ser colocada em prática na próxima visita domiciliar”. (P1)

“Em um dos intervalos de consulta do **psicólogo, a médica** que estava no corredor também fala sobre o grupo de gestantes e **trocamos idéias para operacionalizar a atividade**, o psicólogo diz que poderia ser deixado um espaço para ela fazer uma atividade, combinam datas e marcam encontros para dezembro e fevereiro’. (P2)

“O psicólogo pede para a enfermeira **discutir com ele o caso**, ambos comentaram como tinha sido o atendimento que tinham feito individualmente, e perceberam que várias informações eram divergentes e definiram que seria bom fazer **atendimento conjunto entre psicólogo, enfermeira e a mãe**, não atenderiam a filha neste dia. Diz o psicólogo, que neste tipo de situação é importante poder discutir um **projeto terapêutico**, a mãe disse que tinha procurado um monte de locais e nunca ninguém tinha feito este tipo de investigação, perguntado tantas coisas para ela.” (P1)

“Em sua sala, o psicólogo recebe um recado, através da auxiliar administrativa, para ir **conversar com a enfermeira** sobre um paciente, na volta, ele comenta, que a paciente já está em atendimento, mas que tem dificuldades de sair do trabalho que nem sempre é liberada, e parece estar em uma situação delicada e pede para ser aberta uma possibilidade de agenda o mais breve possível”. (P1)

“Como uma das pacientes havia faltado, o psicólogo foi convocado para participar de uma **reunião**, onde estavam presentes duas agentes comunitárias de saúde e a enfermeira que é a coordenadora da unidade. As agentes comentaram que algumas dificuldades vêm acontecendo com elas e após isso, vários assuntos foram tratados e todos concordaram que precisam discutir mais coisas nas reuniões de sexta-feira de forma aberta com todos os profissionais”.(P1)

“-‘Quem participou da elaboração, trabalhou com os temas ‘?’- Foi um projeto que envolveu o **psicólogo**, o **médico** e o **enfermeiro da unidade**

e **professores** para o ano que vem esta programado realizar-se novamente”. (P2)

“Em um dos intervalos de consulta no corredor da unidade, o **psicólogo** e a **médica** falam sobre o grupo de gestantes e trocam idéias para operacionalizar a atividade”. (P2)

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria do trabalho em equipe que encontramos as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 11.

Trabalho em equipe
Parte de um processo de discussão
Parte de relacionamento interpessoal
Prevê ações conjuntas
Prevê a elaboração de planos e projetos terapêuticos
Prevê atendimentos conjuntos
Prevê operacionalização de atividades de atenção à comunidade

Fonte: processos de trabalho dos psicólogos

Quadro 11 - Subcategorias do trabalho em equipe

✓ **Atenção domiciliar**

Esta categoria foi apresentada anteriormente, por ser também uma atividade que pode ser incluída tanto nas atividades específicas como nas atividades comuns do psicólogo.

✓ **Atenção à comunidade**

Na escala de serviços dos psicólogos, estão previstas atividades com a comunidade. De acordo com relatos de (P1), ele tem a atividade de grupos de comunidade em seu planejamento mas não conseguiu realizar esta atividade ainda.

*“-‘Vejo que na tua escala de atendimento tem horários reservados para **grupos**, esta atividade tem sido realizada’?-‘ Desde que comecei a trabalhar aqui fazem 7 meses, a demanda por atendimentos individuais foi grande e não consegui implantar todas as coisas que estão no projeto, que estavam planejadas, ainda mais que eu estava em três locais e não consegui organizar outras atividades’”.* (P1)

O profissional (P2) tem desenvolvido algumas atividades de atenção à comunidade, porém ele percebe outras possibilidades além dos grupos de comunidade, que são os grupos organizados pela equipe de saúde com vistas à educação e promoção da saúde. Na sua experiência com um grupo de adolescentes, teve uma parceria com a escola da comunidade, demonstrando a questão da intersetorialidade. Outra experiência é um grupo de promoção da saúde e um grupo de caminhada com idosos.

*“Diz a psicóloga que uma das justificativas para fazer o **grupo de adolescentes** foi que a equipe de saúde percebeu existir um número reduzido de adolescentes procurando ou mesmo estando em atendimento na unidade de saúde. Para viabilizar o projeto, foi feita uma parceria com uma escola do território –‘ em linhas gerais como foi feito’? – ‘ primeiro nós fizemos uma reunião com a escola para oferecer o serviço e levantar a demanda, teve reunião também com os professores, depois disso foi elaborado o projeto, e então foi realizado um projeto piloto com as turmas de 6 séries do período matutino e vespertino. –‘Envolviam quantos adolescentes’? –‘aproximadamente 60 –‘como foi feito os encontros’? foram organizados 8 encontros sendo realizados a cada 15 dias’,-‘ e quais foram as temáticas dos encontros’?, -‘deixe eu dar uma olhada no projeto para te dizer melhor: foram sobre auto-conhecimento, questões do gênero e adolescência, desenvolvimento físico e hormonal , cuidados com o corpo e higiene, relações afetivas e experiências sexuais, gravidez na adolescência’,. –‘Quem participou da elaboração, trabalhou com os temas’? -‘ Foi um projeto que envolveu o psicólogo, o médico e o enfermeiro da unidade e professores, para o ano que vem está programado realizar novamente’”.* (P2)

*“Em um dos intervalos de consulta no corredor da unidade, o psicólogo e a médica falam sobre o **grupo de gestantes** e trocam idéias para operacionalizar a atividade”. (P2)*

*“-‘Também tem um **grupo de promoção de saúde** com os idosos, este grupo já existia, é uma vez por mês, depois foi alterado para encontros quinzenais, são encontros de 2 horas das 14 as 17hs, são discutidos temas como envelhecimento saudável, técnicas de relaxamento’.-‘ quantas pessoas costumam vir’?, -‘tem a participação de aproximadamente 30 pessoas’”.* (P2)

“ -‘Tem alguma atividade com grupo no momento’?-‘Tem o **grupo de caminhada** que vai ter amanhã com os idosos, que é um grupo de promoção da saúde, tem atividade toda quinta-feira das 7h30 às 8h30,-‘ a psicologia tem alguma participação’?, -‘no momento não’,-‘ quando entrei,até inseri uma atividade de integração, é um grupo de 50 pessoas, que já existe há algum tempo e a cada 15 dias tem um café’. -‘existem outros grupos no PSF’?, ‘sim, existem dois grupos, um só de hipertensos e outro de diabetes, mas não tenho participado nestes grupos’”.(P2)

“Em frente à unidade de saúde tem uma igreja, no salão da igreja é realizado o encontro do **grupo de caminhadas dos idosos**, aos poucos começaram a chegar os participantes do grupo, logo que chegavam já iam para uma fila para ver a pressão, onde duas técnicas de enfermagem realizavam esta atividade. Ainda estão neste local, o psicólogo, o coordenador de enfermagem e três ACS. As atividades consistem em caminhar dentro do salão da igreja, as pessoas fazem pequenos grupos e caminham em círculo dentro do salão, algumas pessoas procuram os profissionais de saúde para conversar, às vezes até para conversas particulares, o psicólogo também circula entre as pessoas e é recebido calorosamente, são feitas perguntas sobre o estado de saúde e incentivado a participar das atividades, em um local tem um grupo de pessoas que estão fazendo a coleta de dinheiro para um passeio que estão organizando, as pessoas passam caminhando, os profissionais de saúde são chamados pelo nome e constantemente são abraçados, eles vêm perto dos profissionais, conversam sobre o dia-a-dia , tiram dúvidas sobre medicamentos e condutas. O psicólogo é chamado por uma filha que veio acompanhar a mãe, que era uma das senhoras da visita domiciliar do dia anterior, ela veio conversar sobre o pai, disse que ele anda muito triste, não quer sair, elas conversam e falam da visita que ele gosta muito quando alguém vai lá. São umas 40 pessoas caminhando e conversando , então o enfermeiro pede para que se aproximem para fazerem um alongamento, os exercícios são coordenados por ele e todos participam a atividade dura aproximadamente 10 minutos, concluindo a atividade, uma senhora pede para que todos se dêem as mãos e convida para rezar, após terem rezado, questiona-se se tem alguém de aniversário, o aniversariante vai ao centro da roda e recebe os parabéns, após isto é concluído atividades e falado do próximo encontro que será um almoço. Voltando para a unidade, a psicóloga comenta que o grupo tem participação mas que eles pretendem organizar melhor. (P2)

O tempo de encontros dos grupos é variável, dependente da atividade, encontramos grupos com atividades estruturadas em duas horas e grupos com atividades de 1 hora.

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria atenção à comunidade, encontramos as seguintes subcategorias, conforme podemos visualizar no quadro 12.

Atenção à comunidade
Vistas à qualidade de vida
Parte de dispositivos sociais existentes no território
Busca a educação e a promoção da saúde
Prevê a participação das pessoas
Prevê participação da equipe de saúde
Prevê a formação de grupos

Fonte: processos de trabalho dos psicólogos

Quadro 12 - Subcategorias da atenção à comunidade

✓ Planejamento/ organização

As atividades dos psicólogos partem de um planejamento-cronograma, chamado de escala assistencial de atenção psicossocial. Nesta escala, tem os dias da semana associados à unidade de saúde e os períodos e horários com o tipo de atividade a ser realizada. Na escala do (P1), as manhãs estavam programadas de segunda a quinta-feira com um pronto-atendimento e quatro atendimentos singularizados. No período da tarde, as atividades de segunda e terça-feira eram para visita domiciliar e grupos de comunidade intercalado-se estas duas atividades a cada quinze dias, nas quartas e quintas feiras no período da tarde, segue a programação com um pronto atendimento e quatro atendimentos singularizados. Na sexta-feira no período da manhã, é reservado para trabalhos internos e à tarde é intercalado a cada quinze dias entre reuniões da equipe e capacitações. A escala de (P2) segue a mesma lógica, tendo apenas algumas alterações quanto às atividades e horários. A organização da escala de atendimento se mostra como um fator bastante positivo, auxiliando para que todas as atividades sejam contempladas.

*“No início da manhã de segunda-feira, fomos para a unidade 1 do PSF e logo tive contato com a **escala semanal** de atividades do psicólogo.”(P1)*

Os psicólogos contam com o apoio de um funcionário da unidade de saúde, o auxiliar administrativo, que é responsável pela organização da agenda fazendo

agendamento dos atendimentos singularizados, das visitas domiciliares e demais atividades de suporte no trabalho com grupos.

*“A rotina do psicólogo inicia conversando com a auxiliar administrativa sobre sua **agenda**, confirma os horários para ver se existiram alterações, e pega os **prontuários** das pessoas que irá atender naquele período, estão programados para a manhã, 2 atendimentos singularizados, o horário reservado para o atendimento de urgência não será utilizado, não tem ninguém para atender.”(P1)*

Os psicólogos utilizam-se dos prontuários para acompanhar os casos e anotar sobre dados sobre o atendimento da psicologia, eles se utilizam de registros específicos para a saúde mental, registros de produção municipal e registro de informações para atenção básica como podemos ver nos relatos a seguir.

*“- ‘Vi que você usa vários **registros**, posso olhar?’ - ‘existe o **registro da saúde mental**, tem também o **prontuário geral** do paciente, onde faço as anotações de cada atendimento, tem a ficha de **produção municipal**, e mais outra ficha para preencher que são informações da **atenção básica**, ainda faço um relatório que tem tabulação geral de quantos atendimentos, visitas, faltas que encaminho para coordenação da psicologia avaliar”.* (P1)

*“No primeiro horário da tarde, após o almoço, fomos para a unidade 2 do PSF, o psicólogo confirmou a **agenda**, tinham duas visitas domiciliares, ele pegou os **prontuários**, conversou com a ACS a respeito das visitas”.*(P1)

O profissional (P1) diz anotar em seus registros somente a classificação da ICPC - Classificação Internacional de Cuidados Primários, já (P2) não se utiliza da tabela do ICPC.

*“- ‘ ah faz um mês que a dona Maria não vem, você faz um **resumo**, como você lembra do caso ?’ - ‘ no segundo atendimento, eu peço para a pessoa me lembrar , nos próximos, eu associo a história dela à pessoa, na maioria das vezes, eu vejo o códigos que eu coloco , tá bom e que vai os mesmos códigos para todo mundo,é que esta é uma característica do PSF, tu conhece as pessoas, tu passa a fazer parte da vida delas e vice-versa, não é uma coisa que simplesmente você vai lá e atende um milhão e meio de pessoas. No começo, eu também fazia um **registro** mais longo, agora faço um registro mais sucinto, mas a partir do momento que a pessoa virou minha conhecida, mas tem lá três mil pessoas, mas estas pessoas são assuntos da equipe de saúde todo dia , então tu nunca esquece da pessoa, porque ela passa a fazer parte da tua vida, do teu cotidiano, quando começa a conhecer estas características, com quem*

*mora, os medicamentos, você não tem tudo **registrado**. A visita domiciliar você guarda mesmo é o lugar onde a vida das pessoas acontece”.* (P1)

*“Vi que você faz os **registros** de atendimento usando o formulário registro de assistência em saúde mental, e faz um breve resumo de cada atendimento, você usa também a tabela do ICPC que é a tabela de Classificação Internacional de Cuidados Primários que é elaborado pelo Comitê Internacional Classificações WONCA, uso apenas o CID a tabela Wonca eu não uso”.* (P2)

É importante o preenchimento adequado dos registros, bem como sua padronização, estas atividades darão suporte para vários elementos de gestão, como indicadores de produção, de satisfação, subsídios para atendimentos e na tomada de decisão para implantar atividades de educação e promoção em saúde, ou mesmo a continuidade dos atendimentos singularizados e das visitas domiciliares por outro profissional no caso de afastamento e ou desligamento de alguém. A padronização dos dados a serem registrados permite estatísticas conjuntas.

Outra atividade prevista na escala assistencial de atenção psicossocial é a realização de reuniões com a equipe de saúde, segundo relatos dos psicólogos os assuntos discutidos são mais administrativos e sugerem que possam ser ampliadas as discussões de casos clínicos, projetos terapêuticos. Consideramos que as reuniões são espaços para o exercício da interdisciplinaridade, da integralidade, pois profissionais de áreas diferentes podem compartilhar experiências, conhecimentos e habilidades.

*“-‘Na tua escala de assistência de atenção psicossocial vi, que tem **reuniões** de equipe, podes me explicar como são feitas’: -‘é a cada 15 dias intercaladas com as capacitações, ‘quais são os assuntos discutidos’, geralmente são **informações da secretaria de saúde**, também se **planejam ações**, é para **discutir casos**, para passar o **fluxo de serviço**, mas na minha visão tem tido um foco mais administrativo”.* (P1)

*“-‘Também percebi pelo seu cronograma que as capacitações são alternadas com reuniões’.-‘ Sim, a cada 15 dias, o que são discutidos nas **reuniões**, diz a psicóloga que elas giram mais em torno de **questões administrativas**, -‘ tem uma pauta que é seguida na reunião’, -‘não’, -‘é feito um registro, formas dos assuntos discutidos com quadro de pendências, responsabilidades’? –‘ desta forma que você está falando não’,-‘ o que você acha que poderia ser acrescentado’?, -‘ acho que poderiam se ter mais espaços para discutir casos clínicos. Ah tem as **reuniões** também de psicologia que é uma vez por mês’. –‘Quais são os assuntos discutidos’, -‘também são mais administrativos”.*(P2)

Como ferramenta de trabalho é adequada que a reunião possa ter uma pauta, coordenação, síntese, um quadro de pendências, garantindo assim a continuidade das ações.

A agenda de capacitações mostra-se também como um elemento importante, tendo a característica de educação continuada.

*“-‘Vi também que tem **capacitações**, ‘sim, existe um calendário definido para o ano todo, tivemos até 10 encontros seguidos para falar sobre PSF’, -‘quem planeja os eventos’, -‘estes eventos são planejados pela secretaria de saúde, para sexta-feira vai se falar sobre a prevenção de câncer, às vezes tem salas diferentes para os diversos públicos’,- ‘como assim’, -‘tem sala para os médicos, para enfermeiros, para as ACS, a psicologia acaba escolhendo onde quer participar’,- ‘quem dá as capacitações’, -‘às vezes é o próprio pessoal do PSF mas tem parceria com a faculdade local’”.(P2)*

*“Vi no seu cronograma que nas sextas-feiras a cada quinze dias tem **capacitações** para a equipe de saúde, você pode me falar um pouco destas atividades. Sim é interessante a única sugestão que dou é que poderiam ser feitas uma vez por mês, teve até uma com ASC em saúde mental, quais foram os outros ,temas então ela mostra um cronograma com vários temas e datas, tendo a parceria com uma instituição de ensino superior. Acho que e uma iniciativa legal por parte do município. Os temas abrangem amamentação...”(P2)*

Uma das questões que poderia ser trabalho do ponto de vista de gestão, seria talvez a discussão quanto a questão das faltas dos usuários, pois isto acaba comprometendo outras atividades do psicólogo. Este poderia ser um tópico discutido em reunião da equipe e juntos poderiam traçar algumas estratégias, que após implantadas poderiam ser monitoradas e avaliadas. Mesmo que a pessoa não venha por ter resolvido a questão problema, ela deveria avisar, é importante que exista uma co-responsabilidade em relação aos serviços.

*“O psicólogo foi informado pela recepcionista que a paciente marcada para as 9hs **não veio**. -‘existem **muitas faltas** a consultas’,-‘ sim’, -‘você tem um controle , podemos ver os números’, -‘olha, no mês de outubro, foram 13 faltas’, -‘é tomada alguma ação’ ?-‘ ainda não , mas acho que precisamos pensar em algo para ser feito, você acaba ficando com este intervalo de tempo comprometido , não dá para aproveitar, pois muitas vezes se inicia uma atividade e logo vem outra consulta, a gente até encaixa outras atividades mas fica bastante comprometido’. -‘Vocês já pensaram em discutir formas e medidas para diminuir este número’,-‘ ainda não discutimos , mas como falei, acho que pode ser feito algo’.” (P 2)*

*“O paciente que aguardávamos **não veio** e **não avisou**, então dedicamos mais um tempo para perguntas.”(P2)*

*“-‘Pelo que estou acompanhando vocês tem **muitas faltas na psicologia**’, ele respondeu que sim, que depende, tem meses que o número de faltas é maior, que oscila, ele tem um levantamento que pedi para ver, realmente o número de faltas era expressivo, -‘ e vocês tomam alguma medida’ , -‘ ah sim, uma das ações é sempre solicitado que a pessoa para que avise antes, se não puder comparecer’ , -‘ tem alguma punição, perde a vez etc’ , -‘ não tomamos nem uma ação deste tipo na policlínica, a pessoa perde a vez na maioria das vezes’-‘ o que as pessoas alegam quando faltam’-‘ que esqueceram e que tiveram outro compromisso’, -‘você tem alguma hipótese sobre isso?’ –‘Pode ser que ela não veio por que resolveu a situação, a melhor maneira de monitorar as questões é perguntar para ACS que notícia ela tem sobre esta pessoa’.”(P1)*

O planejamento se mostra como um elemento importante para organizar as atividades, dar foco como podemos perceber no relato de (P2).

*“-‘Acho que quando a gente para pra pensar, discute, faz um **planejamento**, dá certo, como foi o grupo de adolescentes que te falei, ele teve um começo, meio e fim, já o da caminhada, temos que avaliar qual é o foco do grupo para ele não perder o sentido’.”(P2) ,*

O relato de (P2) traz à tona outro elemento de gestão que é o monitoramento e análise crítica.

*“-‘Vi que você tem alguns **controles**, como o número de faltas etc’, -‘ sim, até quero melhorar agora para final de ano como fazem seis meses que estou nas unidades de PSF , quero levantar alguns dados’ , -‘ o que por exemplo’? –‘Quero fazer uma **análise crítica das faltas** como havíamos comentando e pensar quanto à **demanda das crianças** vindas da escola’. –‘Como assim’? , -‘ tenho tido muita demanda por atendimentos individuais e penso que poderiam ser trabalhados como demanda para grupo’.”(P2)*

Então podemos dizer, pelo que foi exposto, que na categoria planejamento e organização que encontramos as seguintes subcategorias, conforme visualizamos no quadro 13.

Planejamento e organização
Prevê a elaboração do planejamento das atividades
Prevê a utilização de agenda, prontuários, registros
Prevê a elaboração e acompanhamento de indicadores
Prevê a educação continuada
Parte do registro das informações
Parte da realização de reuniões da equipe
Busca discutir propostas de trabalho

Fonte: processos de trabalho dos psicólogos

Quadro 13 - Subcategorias do planejamento e organização

✓ **Territorialização**

Quanto à territorialização (P2) disse ter participado pouco, enquanto (P1) diz que ainda irá fazer.

*“- ‘Da **territorialização** você participou’?, -‘quando comecei, fui junto com as ACS onde elas iam para entregar os medicamentos, fui em algumas **instituições também**, mas ainda não fui em todas’”.(P2)*

*“- ‘De que atividades você está falando’?-‘de fazer **visitas nas instituições**, de organizar os grupos de comunidade, fazer visitas, reuniões em creches, **ver tudo que tem na comunidade**, os grupos que tem o que pode ser feito, tenho planos de fazer até de fazer uma horta comunitária’”.(P1)*

✓ **Intersetorialidade**

Para (P2) a intersetorialidade se mostra como uma prática a ser fortalecida.

*“-‘Falta **articular com os outros serviços**, por exemplo, fui no CAPS para ver como funciona a trabalho com alcoolismo, fiz contato e hoje trabalhamos em conjunto, mas falta fazer isto em outros locais’”.(P2)*

✓ **Conselho local**

O conselho local não se mostra como uma prática entre os psicólogos observados.

*“-‘Você participa do **conselho local**?’, -‘ eu acho importante e tem que montar mas eu hoje não tenho perna para isso, aqui não tem conselhos nos bairros somente tem o conselho municipal”.*(P1)

*“-‘não tem **conselho local** de saúde nos bairros, teve até a conferência local, mas acho que é interessante”.* (P2)

6.3.2 Competências conceituais

✓ Saúde coletiva e Psicologia

Podemos observar que da área de saúde coletiva eles utilizam os conceitos da clínica do cuidado, do acolhimento, da reforma psiquiátrica, da integralidade, do emponderamento e das políticas públicas. Na área da psicologia, foi citado o existencialismo.

*“-‘fiquei curiosa de como você estrutura teu atendimento, vi que faz uso de metáforas, localização da queixa o que mais você pode me contar’. - ‘uso a **clínica do cuidado**, que é receber a pessoa, dar um aperto de mão , um abraço e ver o que o sujeito precisa, trago muitas coisas do **existencialismo**, da questão da escolha. -‘E na hora do atendimento, o que você faz especificamente’,- ‘quando a gente vai atender, o ideal é que se esqueça tudo o que você sabe e atenda a pessoa como pessoa, também ouça com atenção e depois daquilo tudo que foi ouvido, veja o que pode ser usado da psicologia, acho que o jeito que se pode fazer é não colocar a pessoa dentro da teoria, se precisar de uma técnica eu uso, tenho a minha leitura teórica, que é a lógica do **cuidado**’. -‘ Pode me falar um pouco do primeiro atendimento’, -‘sim, o primeiro atendimento é muito **acolhedor**, depois se começa a discutir com a pessoa as direções para que ela possa **cuidar de si mesma**.’ –‘ Que tipo de técnicas você usa’?, - ‘gosto das **prescrições**. ‘como é uma prescrição?’-‘por exemplo faça atividade física, escreva uma carta para alguém e não envie, converse com seu marido, faça caminhadas, veja um filme, leia um conto, procure uma atividade de lazer, enfim acredito que tem que se pautar na vida das pessoas e não na psicologia, e nada melhor do que a visita domiciliar, a gente entra na casa das pessoas, convive com elas”.* (P 1) ,

“-‘O que te ajudou para o trabalho no PSF ’?, - ‘a formação é muito voltada para clínica ainda, acredito que a experiência trabalhando na ONG foi importante, pois participava, atuava em várias atividades que

envolviam as **políticas públicas**, e isto me ajudou muito, traz subsídios para o meu trabalho no PSF”. (P 2)

“-‘A formação não desenvolve várias das habilidades que são necessárias ,mas também percebo que muito é meu jeito, já era o meu jeito, a pós em saúde mental deu estrutura para construir o projeto trazendo a lógica da **saúde coletiva** e da **reforma psiquiátrica**, e a residência veio para somar isso tudo, por que tive a prática me permitiu estudar muitos conceitos da saúde coletiva e assim aplicar ainda mais para estruturar um projeto com vistas a **integralidade**, acho que minha forma de trabalho hoje é resultado de tudo isso, da minha história, eu achava que podia casar a questão da saúde mental e da reforma psiquiátrica e trazer para a atenção básica e isto foi possível. As duas formações auxiliaram para trazer a experiência da **reforma psiquiátrica** para a **atenção primária**, mas além da formação, vejo muito do perfil de cada profissional’ “(P1)

✓ **Metodologia**

Conforme comentado anteriormente, o registro de assistência em saúde mental – SOAP tem uma proposta metodológica que podemos acompanhar através do diálogo abaixo. Este instrumento mostra-se como uma ferramenta de trabalho importante, tem uma abordagem bastante ampla de investigação e prevê registros adequados.

“-‘este instrumento foi criado como’?-‘ Isto eu fui implementando na prática , com a experiência do dia, eu fui vendo o que era importante colocar, seguimos uma lógica de que a **família**, o **trabalho** , a **economia** tem um influência geral no sujeito, ai depois incluímos os **medicamentos**. Peço para olhar e ter em mãos um registro de assistência em saúde mental para acompanhar enquanto ele fala.-‘Posso ver que o registro contém dados gerais do local da atendimento, dados de identificação da pessoa atendida (nome, endereço, número do prontuário , data de nascimento e sexo)’,-‘nos dados subjetivos o que vai’? -‘Nos **dados subjetivos** o S, a gente coloca a queixa que a pessoa relata, do que ela está sentindo, do sofrimento que ela tem, a eu tenho problema de relacionamento, com fulano, beltrano. Anotamos a **queixa principal** as dificuldades relacionadas, entra tudo o que é sintoma. Entra também a sintomatologia, - ‘ e nos **dados objetivos** o que vai ’?- ‘uso para dados mais concretos, qual a **situação familiar**, quem mora na casa, que idade cada um tem, o que cada um faz, se tem algum parente que mora perto ou no mesmo terreno, se tem algum parente distante que liga, dá muita opinião’,- ‘podemos chamar então como um levantamento da situação familiar’, -‘sim’.- ‘E segue com o estado geral do paciente no momento, se tá chorando muito, o comportamento manifesto da pessoa. Quanto mais tempo você pratica, o teu registro fica mais sucinto. Depois vem a situação do **trabalho**, incluindo as atividades do lar, quantas horas a

*pessoa dedica, se a relação de trabalho é tranqüila , seja com colegas, seja com chefia, assédio moral, estas coisas. 'Daí vem a situação econômica que tem uma função importante assim às vezes o casal tem crises, e quando você vai ver, tem é crise financeira, eles não estão dando conta de pagar o que devem. Tem que investigar se tem dívidas, e às vezes é **prescrição** direta porque a gente ajuda as pessoas a organizar a vida financeira, vê as prioridades, dá para economizar, aqui, ali. E tentar ir encontrando a solução junto com a pessoa. Os **medicamentos**, eu sempre pergunto se a pessoa está tomando alguma coisa, o que toma. Até por que muitas vezes tem o cruzamento de receitas. A dosagem, em que horário, verifico se a pessoa não faz confusão. Se eu acho que a pessoa tem problemas de efeito colateral de medicamentos, eu acesso o médico e tiro dúvidas e se dá para pensar numa modificação do medicamento.*

*Nas questões **físicas**, entra **alimentação**, atividade física (se faz ou não), hábitos do sono, vícios (fumo, álcool, outras drogas), vida sexual.*

-'Para todos é feita esta investigação completa?'- 'não depende da necessidade, pode ser que a pessoa tenha o foco do problema claro e não é necessário fazer a investigação completa. Depende de cada caso'.

*-'Na **avaliação**, o que vai?'- 'vai a classificação ICPC – WONCA. 'Podes explicar', -'o ICPC é a tabela de Classificação Internacional de Cuidados Primários que é elaborado pelo Comitê Internacional Classificações-WONCA'.*

*-'Em **procedimentos**, o que vai?'- 'é qual o procedimento que eu tomei, que é o aconselhamento ou escuta terapêutica, que na verdade aqui na tabela é o P- 58, psicologia, aconselhamento, escuta terapêutica'.*

-'A data de referência para que serve?'- 'se eu encaminhar a pessoa eu coloco a data que eu encaminhei e data de contra-referência é a data de quando recebi a resposta da referência. Isto vai servir para avaliar se o sistema de referência e contra-referência está funcionando'- 'ao final do formulário, tem o nome do profissional (rubrica e carimbo). E no verso tem o acompanhamento dos atendimentos e a data da evolução'". (P1)

6.3.3 Competências comportamentais

Os dois psicólogos frisaram a importância de gostar do que se faz, ter dedicação, envolvimento, empenho e gostar de trabalhar com a comunidade e saber trabalhar em equipe.

*“-’Eu acho que para fazer saúde coletiva, precisa ter um nível de **dedicação** e **envolvimento**, não é simplesmente fazer atendimentos, tem que ter abertura para **trabalhar em equipe**, conversar com outros profissionais, aprender a pensar do jeito que o **SUS pensa**, olhar o que a pessoa precisa e o que você pode fazer por ela como um todo. Mas somente a capacitação não basta, mais que isto tem que tem **empenho** e **gostar** do que se faz, tem que ter perfil e a reforma sanitária correndo no sangue, tem que ser militante'". (P1)*

“-‘Mas tem que **gostar** de trabalhar com a **comunidade**, pois você tem que entrar na comunidade, tem que ter abertura, habilidade para **trabalhar em equipe**, sentar com o médico, nutricionista, enfermeiro e planejar oficinas, discutir casos, mas isso desenvolvi na prática e não na formação”’. (P2)

6.4 Síntese de competências de acordo com os processos de trabalhos dos psicólogos.

A tabela 10 traz o resumo das competências com base nas observações .

Tabela 10 - Síntese de competências de acordo com a observação dos processos de trabalho

<i>Competências do Psicólogo para Processo de Trabalho em APS:</i>	
<i>Observação dos processos de trabalho</i>	
<i>Categorias</i>	<i>Psicólogos/ Nº. de ocorrências</i>
Competências Operacionais	
Processos de trabalho específicos do Psicólogo	
Atenção à saúde individual	2/2
Atenção à saúde da família	2/2
Atenção domiciliar	2/2
Processos de trabalho comuns à equipe de saúde	
Equipe	2/2
Planejamento/Organização	2/2
Atenção domiciliar	2/2
Territorialização	2/2
Atenção à comunidade	2/2
Intersetorialidade	2/1
Competências Conceituais	
Saúde Coletiva	
Políticas públicas	2/1
Promoção da Saúde	2/1
Integralidade	2/1
Emponderamento	2/1
Reforma psiquiátrica	2/1

continua

<i>Atenção primária</i>	2/1
Atenção primária	2/1
Atenção Psicossocial	2/1
Psicologia	
Aconselhamento	2/1
Existencialismo	2/1
Metodologias	
SOAP	2/2
Tarefas terapêuticas	2/2
Competências Comportamentais	
Dedicação	1/2
Envolvimento	2/1
Empenho	2/1
Trabalhar em equipe	2/2

Fonte: processos de trabalho dos psicólogos

conclusão

As observações trouxeram questões muito interessantes quanto a possibilidades para operacionalização de processos de trabalho do psicólogo na APS. A experiência dos profissionais observados mostra várias possibilidades de atuação e potencialidades de trabalho.

Como qualquer projeto em fase inicial, precisa de ajustes e melhorias durante o decorrer do processo. Várias reflexões surgiram, a demanda inicial pelos serviços acaba comprometendo o planejamento inicial. Tem as especificidades de cada unidade de saúde que já tinha um fluxo de trabalho e algumas atividades de grupo, como também já existia uma equipe com suas concepções e práticas em saúde e a chegada de alguém pode alterar o sistema, os fluxos de trabalho, as concepções. É importante considerar estas questões e perceber que elas fazem parte do processo de trabalho e poder discuti-las abertamente.

Foi muito positivo ver os conceitos da APS, os princípios do SUS, além de vários outros conceitos da saúde coletiva sendo postos em prática.

A forma de fazer atendimento singularizado chamou atenção pela concepção de acolhimento, da integralidade e da resolubilidade alcançada. Questões que são sinérgicas com as atribuições propostas para os profissionais das equipes de saúde da família incluídas na Política Nacional de Atenção Básica que diz que os profissionais de saúde devem realizar uma escuta qualificada percebendo as

necessidades dos usuários e proporcionando atendimento humanizado, viabilizando o estabelecimento de vínculos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A proposta metodológica por trás do registro de saúde mental, SOAP tem uma proposta para qualidade de vida das pessoas, trabalhando questões cotidianas, da realidade das pessoas em busca de autonomia e emponderamento.

A visita domiciliar prevendo a atenção longitudinal, cuidado e envolvimento da rede de cuidadores.

O grupo de adolescentes, em parceria com a escola, sendo construído com a equipe de saúde.

Mesmo que embrionária ainda, a proposta de atenção à saúde da comunidade, percebe-se que ela não foi esquecida, virá com força total após esta fase inicial de atendimentos de demandas. Isto vem de encontro com as ações incluídas na portaria nº154 onde uma das ações em saúde mental é desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando a construção de espaços de reabilitação psicossocial articulando ações intersetoriais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

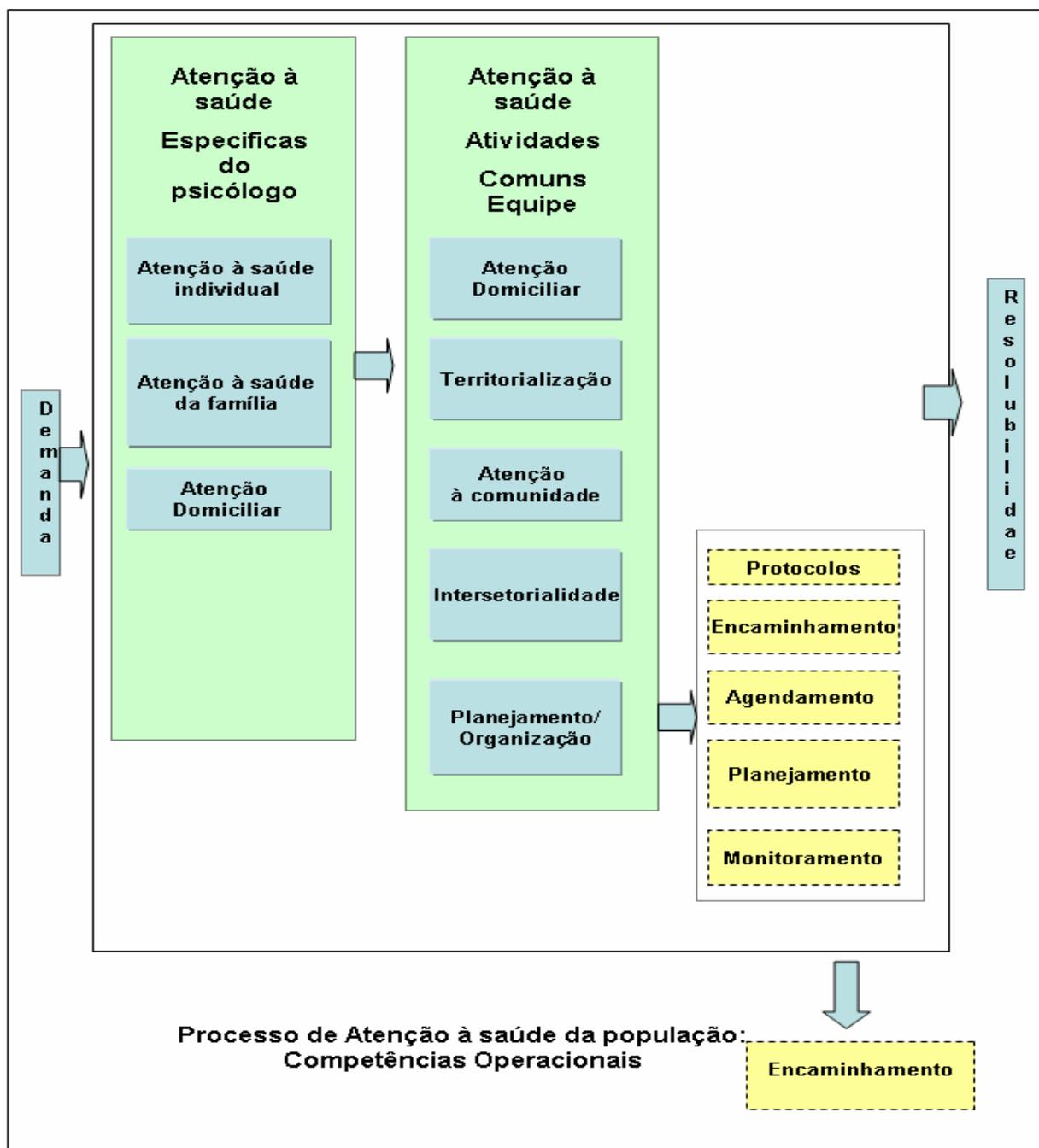
Então podemos dizer que as ações desenvolvidas contemplam os princípios ordenadores da APS como longitudinalidade, integralidade, centralização na família e orientação para comunidade de acordo com Starfield (2002).

Foram várias as fortalezas vistas, as sugestões de melhoria ficam mais voltadas a questões de gestão, algumas já colocadas anteriormente. Gestão no sentido de olhar para o planejamento, executar, monitorar, avaliar e tomar ações corretivas e preventivas. As ações corretivas e de melhorias podem ser construídas com a equipe de saúde, a equipe poderá auxiliar e trazer sugestões.

Para finalizar...

Depois de alguns dias de observação ficou a impressão de que valeu estar lá acompanhando o trabalho dos psicólogos com certeza eu tinha aprendido muito sobre a vida, sobre as pessoas, sobre cuidado, sobre integralidade e vislumbrado várias possibilidades de atuação do psicólogo na APS.

A figura 6, apresenta através do macrofluxo o desenho do processo de atenção à saúde da população construída a partir da observação dos processos de trabalho. As explicações técnicas a respeito do macrofluxo já foram detalhadas no capítulo 4.



Fonte: o autor

FIGURA 6 – Desenho do processo de atenção à saúde da população com base na observação dos processos de trabalho

Podemos observar pela figura 6 uma proposta de atuação que contempla atividades **específicas do psicólogo** das quais fazem parte os seguintes processos de trabalho: atenção à saúde individual, atenção à saúde da família e a atenção domiciliar.

As **atividades comuns** contemplam as seguintes atividades: atenção domiciliar, territorialização, atenção à comunidade, intersetorialidade. Para realizar

estes processos, o profissional utiliza-se de **elementos de gestão** como planejamento e organização. Ele operacionaliza os processos através do agendamento, do preenchimento de protocolos e registros e do encaminhamento.

Ao final, os resultados - as **saídas** das atividades - são medidos pela resolubilidade, trabalhada através do elemento de gestão, avaliação e monitoramento.

CAPÍTULO 7

SÍNTESE PROPOSITIVA DE COMPETÊNCIAS

As fases anteriores da pesquisa mostraram três fotografias: o que diz a literatura, o que dizem os especialistas e o que os psicólogos fazem no dia-a-dia.

Diante destas fotografias, percebemos justaposições, contradições e lacunas. Nossa proposta para uma síntese propositiva de competências do psicólogo relacionadas aos processos de trabalho na APS, é muito congruente com que os especialistas propuseram. Consideramos que eles trouxeram os conceitos e possibilidades de atuação com aproximações muito pertinentes da psicologia e a APS. As observações confirmaram muito do que os especialistas disseram, mas devido o pouco tempo de implantação do programa e peculiaridades do contexto de cada unidade de saúde, trazem certas limitações em alguns processos de trabalho. A proposta a partir da análise de documentos técnicos mostrou-se muito ampla e tinha algumas lacunas quanto à relação da psicologia com os conceitos da APS.

Seguimos com os mesmos agrupamentos anteriores por considerá-los bastante lógicos. Lembramos que a síntese propositiva traz os processos de trabalho que consideramos competências do psicólogo na APS no sentido - **do que fazer**. As atividades a serem desenvolvidas - **como fazer** são apresentadas em linhas gerais, maiores especificidades metodológicas podem ser encontradas nos capítulos anteriores os quais trazem detalhamentos das atividades.

7.1 Competências operacionais

7.1.1 Processos de trabalho específicos do psicólogo

Consideramos existir três atividades que trazem a especificidade de atuação do psicólogo onde se conjugam conhecimentos da psicologia e da saúde coletiva.

✓ Atenção à saúde individual

A atenção à saúde individual se mostra com um processo de trabalho que tem vistas à recuperação, prevenção e promoção em saúde de indivíduos. Os atendimentos individuais devem trazer a noção de acolhimento, da escuta qualificada e do respeito com vistas ao emponderamento das pessoas.

Conforme observação participante, a atenção à saúde individual demonstra ser uma das maiores demandas pelo trabalho do psicólogo, acreditamos que deva existir uma articulação entre a demanda espontânea e demanda organizada para que este não seja o único processo de trabalho a ser realizado pelo psicólogo, inviabilizando questões de prevenção e promoção em saúde.

Consideramos que a atenção à saúde individual pode:

- Orientar-se a partir do cuidado integral, para promoção da saúde e acolhimento.
- Atender aos usuários do território através de demanda espontânea, de acordo com a procura das pessoas da comunidade;
- Atender aos usuários do território através de demanda organizada, indicações, encaminhamentos da equipe de saúde e de outras instituições;
- Atender seguindo os agendamentos prévios de acordo com o planejamento semanal e diário;
- Prestar atendimento, seguindo metodologia específica que possa dar conta do contexto social comunitário e que esteja em sinergia com os princípios do SUS e particularidades APS. Durante o estudo, foram apresentadas algumas metodologias que atendem a estes requisitos. Destacamos a metodologia utilizada pelos psicólogos que foram observados por ter demonstrado várias potencialidades.
- Utilizar de múltiplos recursos para o atendimento tanto da psicologia como área afins;
- Traçar ações relacionadas ao projeto de vida das pessoas, em busca da qualidade de vida e do emponderamento;
- Fazer orientação e acompanhamento de acordo com as necessidades de cada indivíduo, prevendo número de atendimentos e periodicidade dos encontros.
- Atender focando as situações cotidianas das pessoas, trabalhar com situações concretas causadoras de sofrimento psíquico;
- Registrar os atendimentos em formulários próprios, padronizar as informações e classificações;

- Discutir os casos com a equipe de saúde, atuando de forma interdisciplinar objetivando o cuidado integral;
- Fazer encaminhamentos para outros setores realizando a intersetorialidade;
- Fazer encaminhamentos para outros serviços utilizando a rede de serviços;
- Prever o atendimento longitudinal a partir de um contrato de cuidado.

✓ **Atenção à saúde da família**

O trabalho envolvendo vários membros da família se mostra bastante promissor, pois estará atuando no sistema familiar como um todo mesmo que o atendimento seja individual é importante que ele tenha uma abordagem familiar.

Consideramos que a atenção à saúde da família pode:

- Orientar-se dentro das mesmas especificidades da atenção à saúde individual enquanto metodologia, objetivos e estrutura;
- Orientar-se para o funcionamento do sistema familiar, percebendo sua estrutura, seus arranjos e padrões de comunicação;
- Partir do cuidado integral, para promoção da saúde e acolhimento com vistas à qualidade de vida da família;
- Mapear e envolver a rede de cuidadores, familiares ou pessoas da comunidade;
- Perceber a família dentro do seu contexto social.

✓ **Atenção domiciliar**

Consideramos que atenção domiciliar também faz parte dos processos de trabalho do psicólogo. Estão englobadas em atenção domiciliar a visita domiciliar e a assistência domiciliar. Conforme comentado anteriormente, faz parte da visita domiciliar: o cadastramento, a busca ativa, a educação, a prevenção, promoção e proteção; na assistência domiciliar, estão incluídas as questões de: prevalência, dificuldades de locomoção e a recuperação.

Consideramos que a atenção domiciliar pode:

- Orientar-se a partir da atenção longitudinal, do cuidado integral, da promoção da saúde e do acolhimento;

- Prestar atenção para usuários do território onde estejam envolvidas questões de risco e vulnerabilidade;
- Atender às solicitações da equipe de saúde e dos familiares;
- Fazer acompanhamento dos usuários com dificuldades de locomoção no seu domicílio;
- Realizar a atenção domiciliar, partindo de agendamentos prévios de acordo com o planejamento semanal e diário;
- Discutir questões cotidianas de cuidados, envolvendo a pessoa, a equipe de saúde e familiares;
- Desenvolver ações que busque à qualidade de vida das pessoas;
- Promover a inclusão social;
- Acionar a rede de cuidados, envolvendo familiares e pessoas da comunidade;
- Dar apoio ao cuidador tanto do ponto de vista concreto como nas questões emocionais;
- Fazer parcerias com o cuidador quanto à atenção em saúde;
- Prestar atendimento, seguindo metodologia específica que possa dar conta do contexto social comunitário e que esteja em sinergia com os princípios do SUS e particularidades APS: durante o estudo, foram apresentadas algumas metodologias que atendem a estes requisitos. Destacamos a metodologia utilizada pelos psicólogos que foram observados por ter demonstrado várias potencialidades;
- Utilizar de múltiplos recursos para o atendimento tanto da psicologia como áreas afins;
- Traçar ações relacionadas ao projeto de vida das pessoas objetivando a qualidade de vida e o emponderamento;
- Prever orientação e acompanhamento de acordo com as necessidades de cada indivíduo ao longo do tempo;
- Atender, focando as situações cotidianas das pessoas, trabalhando com situações concretas causadoras de sofrimento psíquico;
- Registrar os atendimentos em formulários próprios, padronizar as informações e classificações necessárias para o processo de monitoramento;
- Discutir com a equipe de saúde, atuando de forma interdisciplinar e multidisciplinar, objetivando o cuidado integral;

- Fazer encaminhamentos para outros setores, quando necessário, prevendo a intersetorialidade e as redes de serviços;
- Prever o atendimento longitudinal: partir de um contrato de cuidado.

7.1.2 Processos de trabalho comuns à equipe

Consideramos que além das atividades que trazem certa especificidade de atuação do psicólogo, existem seis atividades que são comuns à equipe de saúde. Os processos de trabalho que são comuns à equipe de saúde requerem dos profissionais de saúde a competência para o trabalho em equipe, este é um requisito para a interdisciplinariedade e para a integralidade.

✓ Trabalho em equipe

Conforme havíamos comentado anteriormente, a atuação em conjunto da equipe de saúde permite um olhar para a saúde de forma global, levando em consideração o indivíduo nas suas dimensões: física, psicológica e social. Lembramos que o trabalho em equipe:

- Parte de relacionamento interpessoal, a abertura para o relacionamento é uma condição prévia, relacionar-se é abrir possibilidades de conhecer o outro, saber o que pensa, o que faz, é compartilhar saberes, experiências e projetos;
- Prevê ações conjuntas da equipe de saúde em vários processos de trabalho do psicólogo;
- Parte de um processo de discussão de casos onde os saberes da psicologia irão conjugar-se com outros saberes com vistas à elaboração de planos e projetos terapêuticos;
- Prevê atendimentos conjuntos da psicologia com outros profissionais da equipe de saúde;
- Prevê a operacionalização de atividades de atenção à comunidade;
- Prevê a elaboração, implementação e monitoramento do planejamento da unidade de saúde;
- Prevê a educação continuada para os membros da equipe.

✓ **Territorialização**

Dentre as atividades comuns, a equipe de saúde tem a territorialização. Resgatamos um conceito anterior de que as diversas experiências de sofrimento acontecem em territórios determinados, na família, na comunidade. O processo de territorialização irá dar maiores garantias de que as atividades estejam orientadas para as necessidades e demandas da comunidade.

Consideramos que a territorialização envolve:

- Partir do território geográfico da unidade de saúde;
- Partir de um território tanto em nível geográfico como em nível simbólico;
- Ter um planejamento e um desenho de territorialização;
- Ter o cadastramento das famílias do território;
- Mapear e cadastrar os dispositivos sociais existentes no território;
- Mapear e cadastrar as pessoas de referência do território que fazem parte da rede de cuidados;
- Fazer visitas para as pessoas de referência do território e estabelecer parcerias;
- Ter um cronograma de visitas periódicas para as instituições e pessoas de referência;
- Desenhar um mapa onde possam ver visualizados os locais, as pessoas e instituições;
- Manter atualizados os dados do mapa de referência;
- Levantar dados epidemiológicos, sociais, culturais que irão servir de insumos para plano local;
- Traçar estratégias de educação, prevenção e promoção à saúde em conjunto com as pessoas da comunidade, instituições e equipe de saúde;

✓ **Intersetorialidade**

Outra atividade é a intersetorialidade, resgatamos a noção de que uma ação intersetorial é aquela onde estão envolvidos diversos setores da sociedade, tendo intenções diversas ou não, mas que podem atuar conjuntamente para resolver algum problema da população. A intersetorialidade vem a ser um processo de apoio já que muitas das ações que serão desencadeadas nos atendimentos, na atenção

domiciliar e mesmo nos grupos, requerem parcerias e encaminhamentos. Para que a intersetorialidade seja possível, ela requer uma atuação em redes de apoio.

Consideramos que a intersetorialidade engloba:

- Partir do conhecimento das políticas públicas;
- Mapear e cadastrar informações de instituições fora do território que estejam relacionadas às demais políticas públicas de apoio à saúde;
- Fazer visitas a estes locais, conhecer as pessoas de referência, conhecer os projetos que existem e estabelecer parcerias;
- Manter constante processo de diálogo com estas instituições.

✓ **Atenção à comunidade**

Por orientação para a comunidade entendemos o reconhecimento do contexto físico, econômico, social e cultural da comunidade. A atenção à comunidade se mostra com um processo de trabalho que objetiva à prevenção, promoção e educação em saúde. É uma forma de atenção coletiva.

Consideramos que a atenção à comunidade engloba:

- Orientar-se a partir do cuidado integral e da promoção em saúde;
- Orientar-se para ampliar os laços comunitários e o estabelecimento de vínculos com a comunidade;
- Partir de um contrato de qualificação do cuidado;
- Organizar os grupos partindo dos dispositivos sociais existentes no território;
- Organizar grupos, partindo das necessidades encontradas no processo de territorialização, das demandas das instituições locais e das demandas percebidas pela equipe de saúde;
- Planejar, implementar e monitorar as ações realizadas nos grupos;
- Planejar, implementar e monitorar as ações juntamente com equipe e envolvendo instituições parceiras;
- Contar com a participação de instituições fora do território que sejam relacionadas às demais políticas públicas;
- Contar com a participação de instituições de ensino;
- Conduzir as atividades com vistas à autonomia e emponderamento das pessoas;
- Incluir metodologias participativas e dialógicas;
- Utilizar de múltiplos recursos tanto da psicologia como áreas afins;

- Participar das práticas comunitárias, das atividades sociais da comunidade.

✓ **Conselho local**

Prevê a questão da co-responsabilização e do emponderamento das pessoas da comunidade quanto a seu papel político e social.

Consideramos que a atuação no conselho local engloba:

- Atuar na organização do conselho;
- Pensar em formas de sensibilização, periodicidade , duração de encontros e forma de registros;
- Planejar ações que sensibilizem a participação da comunidade;
- Conduzir os encontros partindo de um processo dialógico;
- Participar dos encontros trazendo elementos para o debate.

✓ **Planejamento e Organização**

Para que exista resolubilidade dos processos de trabalho tem que existir um planejamento e a organização dos processos de trabalho. Consideramos que fazem parte do planejamento e organização os seguintes aspectos:

- Elaborar e definir a utilização de registros para cada processo de trabalho;
- Utilizar agenda, prontuários, livros de visitas e mapas de produtividade;
- Fazer o registro adequado das informações;
- Ter disponível um sistema de informações com capacidade para embasar as decisões acerca do indivíduo, das famílias e da comunidade;
- Observar os fluxos de atendimento, com marcação de consulta facilitada e previsão de atendimento para problemas emergenciais;
- Elaborar o planejamento estratégico da unidade de saúde;
- Elaborar o planejamento cotidiano das tarefas através de uma escala de atividades;
- Elaborar indicadores de avaliação de tanto de processo como de resultados;
- Prever o acompanhamento de indicadores estabelecendo padrões de correções e melhorias para os processos de trabalho;
- Planejar as reuniões da equipe tendo uma pauta definida, registro e acompanhamento dos assuntos tratados;

- Utilizar das ferramentas de gestão para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas.
- Buscar resolubilidade dos processos de trabalho.

7.2 Competências conceituais

7.2.1 Saúde coletiva

Na área de saúde coletiva, os conhecimentos necessários fazem parte do núcleo: princípios do SUS, particularidades da atenção primária e políticas públicas. Com atenção especial para os conceitos da integralidade, da educação e promoção em saúde, do emponderamento, das redes sociais e da interdisciplinariedade.

7.2.2 Psicologia

A nosso ver, os conceitos relacionados à reforma psiquiátrica/saúde mental e à psicologia comunitária trariam o embasamento geral, para atuar no contexto da saúde coletiva.

A escolha por outras fundamentações principalmente as que embasam a atividades específicas como: a atenção a saúde individual, a atenção à saúde da família e a atenção domiciliar permitem certa flexibilidade, porém precisariam ser avaliadas pelos psicólogos para ver se dão conta do contexto da saúde coletiva e se atendem às particularidades da APS. A nosso ver, algumas abordagens clínicas da psicologia se distanciam das questões apontadas acima e não seriam adequadas ao contexto da saúde coletiva. Observamos em nosso estudo que algumas abordagens aproximam-se desta proposta dentre elas: o aconselhamento, as abordagens sistêmicas e as psicoterapias breves.

Também consideramos que existem duas áreas da psicologia que podem trazer contribuições diretas como é o caso da psicologia da aprendizagem e da psicologia organizacional contribuindo principalmente nas atividades de atenção à comunidade e planejamento/organização.

7.2.3 Metodologias

As metodologias citadas apontam para a necessidade de utilizar-se de vários instrumentos, não ficando limitado apenas ao campo da psicologia, permitindo também certa flexibilidade. Podem ser incluídas ferramentas que possibilitem a discussão e a participação das pessoas. O método dialógico de Paulo Freire tem esta proposta e pode ser utilizada também a dinâmica de grupo desde que bem contextualizada. Na área da psicologia, podem ser utilizadas técnicas do psicodrama, da corporal, da sistêmica, da comportamental cognitiva etc. Devem ser vistas ferramentas pedagógicas que possibilitem o trabalho com grupos como: leituras, estudos de casos, teatro, oficinas etc.

7.3 Competências comportamentais

Competências comportamentais que darão sustentação para o desenvolvimento dos processos de trabalho:

- Saber **trabalho em equipe**;
- Ter habilidades para **planejar** ações a curto, médio e longo prazo;
- Ter habilidades de **comunicação** como saber ouvir, escrever, expressar-se de acordo com cada público e local;
- Ser **flexível** para aceitar e respeitar opiniões diversas, usar metodologias de outras áreas do conhecimento;
- Ter **ética** quanto a sigilo de informações, respeito às diferenças;
- Ser **solidário** e ter **humildade** no contato com as pessoas e humildade para aceitar aprender com a comunidade, com a equipe de saúde;
- Ser **comprometido** com o trabalho, demonstrando dedicação e envolvimento em tudo que faz.

7.4 Síntese propositiva de competências do psicólogo na APS

O quadro 14 apresenta um resumo da síntese propositiva de competências, construída a partir das fases anteriores da pesquisa.

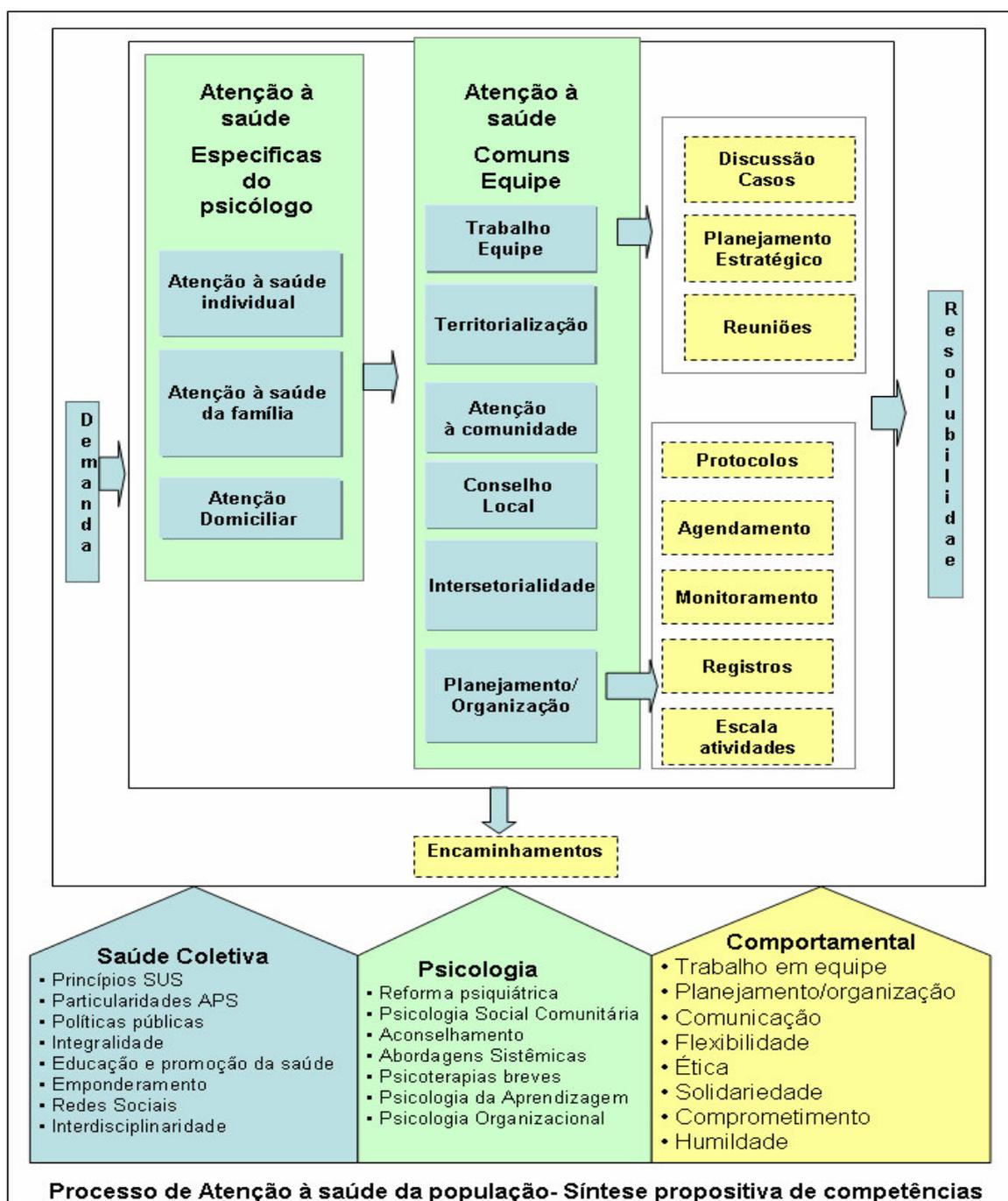
Competências do Psicólogo para Processo de Trabalho em APS: Síntese propositiva	
Competências Operacionais	
Processos de trabalho específicos do Psicólogo	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção à saúde individual ▪ Atenção à saúde da família 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção domiciliar
Processos de trabalho comuns à equipe de saúde	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho em equipe ▪ Territorialização ▪ Intersetorialidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção à comunidade ▪ Conselho local de saúde ▪ Planejamento/Organização
Competências Conceituais	
Saúde Coletiva <ul style="list-style-type: none"> ▪ Princípios do SUS ▪ Atribuições da APS ▪ Políticas públicas ▪ Integralidade ▪ Educação e promoção da Saúde ▪ Empoderamento ▪ Redes sociais ▪ Interdisciplinaridade 	Psicologia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforma psiquiátrica/saúde mental ▪ Psicologia social comunitária ▪ Aconselhamento ▪ Abordagens Sistêmicas ▪ Psicoterapias Breves ▪ Psicologia da Aprendizagem ▪ Psicologia Organizacional
Metodologias	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialógico - Paulo Freire ▪ Psicodrama ▪ Comportamental Cognitiva ▪ Corporal ▪ Sistêmica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinâmica de grupo ▪ Leitura e discussão de textos ▪ Estudos de caso ▪ Teatro ▪ Oficinas
Competências Comportamentais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho em Equipe ▪ Planejamento e organização ▪ Comunicação ▪ Flexibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ética ▪ Solidariedade ▪ Comprometimento ▪ Humildade

Fonte: o autor

Quadro 14 - Síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na APS

A figura 7 apresenta através do macrofluxo o desenho do processo de atenção à saúde da população construída a partir das fases anteriores da pesquisa.

As explicações técnicas a respeito do macrofluxo já foram detalhadas no capítulo 4.



Fonte: o autor

FIGURA 7 – Desenho do processo de atenção à saúde da população com base na síntese propositiva de competências.

Podemos observar pela figura 7 uma proposta de atuação que contempla atividades **específicas do psicólogo** das quais fazem parte os seguintes processos de trabalho: atenção à saúde individual, atenção à saúde da família e a atenção domiciliar.

As **atividades comuns** contemplam as seguintes atividades: trabalho em equipe, territorialização, atenção à comunidade, intersetorialidade, conselho local e planejamento/organização. Ao final, os resultados - as **saídas** das atividades - são medidos pela resolubilidade, trabalhada através do elemento de gestão, avaliação e monitoramento. As competências operacionais são sustentadas pelos conhecimentos da saúde coletiva, da psicologia e pelas competências comportamentais.

O quadro 15 apresenta o comparativo quanto à percepção do grau de importância dada para cada processo de trabalho partindo da análise dos documentos, das entrevistas com os especialistas e da observação de psicólogos. Três sinais de (+++) representam que apareceu fortemente, dois sinais (++) medianamente, um sinal (+) pouco, e (-) não apareceu.

Categoria	Documentos	Especialistas	Psicólogos
Atenção à saúde individual	+++	+++	+++
Atenção à saúde da família	+	++	+
Atenção domiciliar	++	+++	+++
Trabalho em equipe	+++	+++	++
Territorialização	++	+++	+
Atenção à comunidade	++	+++	+
Conselho local	-	++	-
Intersectorialidade	-	+	+
Planejamento/organização	++	++	++

Fonte: o autor

Quadro 15 – Comparativo quanto à percepção do grau de importância dada para cada processo de acordo com: documentos, especialistas e psicólogos.

Como havia sido comentado anteriormente, o ingresso no mestrado trouxe uma série de desafios que foram sendo vencidos durante esta trajetória de dois anos e o sentimento é de realização de um sonho e o início de várias possibilidades que estão por vir.

Consideramos que a pesquisa alcançou os objetivos iniciais propostos: foi construída uma síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na atenção primária à saúde; identificou-se o que existe de produção teórica a respeito da psicologia na APS; tivemos a percepção dos especialistas, psicólogos docentes e pesquisadores da área de saúde coletiva, quanto ao papel do psicólogo na APS e identificamos quais as práticas que vêm sendo realizadas pelos psicólogos que atuam na APS.

Foi uma experiência envolvente aprender a pesquisar de forma qualitativa. Na análise documental, foi intrigante olhar para todos aqueles documentos e extrair as categorias de competências. Também foi uma aprendizagem nova desenvolver a competência de saber entrevistar através de um roteiro semi-estruturado sem perder de vista o foco e ao mesmo tempo não ser tão diretivo. A observação aguçou a percepção para as peculiaridades, para os detalhes dos processos de trabalho, além do que mostrou na prática a aplicação de vários conceitos vistos anteriormente.

A pesquisa foi sendo construída em um espiral, onde uma fase levava a outra, a análise documental deu subsídios e fundamentação suficiente para ir consultar os especialistas, já a observação trouxe a possibilidade de olhar conceitos versus práticas.

Reafirmamos nossa crença em uma psicologia amarrada a um compromisso social, vemos o psicólogo como um profissional comprometido com as questões sociais. Desejamos uma psicologia que possa estar onde as pessoas estão, no seu cotidiano, buscando autonomia/emponderamento das pessoas e a integralidade na atenção à saúde.

Acreditamos então que o psicólogo deve ser ator nesse processo de construção do seu papel da APS, para isto as competências do psicólogo devem ser construídas e seu papel precisa ser consolidado.

Temos a percepção de que este estudo contribuiu para o processo de construção do papel do psicólogo na APS, pois temos um desenho de competências operacionais, conceituais, metodológicas e comportamentais. Este desenho não é conclusivo, ele não teve esta pretensão, enfim pode ter vários propósitos, despertar

para reflexões, avaliar o processo atual e ver as oportunidades melhorias, fazer correções de rotinas, abrir possibilidades para novos estudos etc.

A nosso ver, dois processos de trabalho do psicólogo na APS abrem campos férteis para novos estudos. A atenção à comunidade mostrou-se como uma atividade ainda embrionária carente de metodologias, principalmente quanto a planejamento, sensibilização, condução e avaliação de atividades junto à comunidade. Outro campo de estudo pode se dar nos processos de gestão, planejamento e organização das atividades quanto à forma de registros, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho. Enfim, nossa proposta alcançou suas metas no sentido de dar contribuições acadêmicas tanto para o núcleo formador, como para núcleo concreto e principalmente por mostrar as várias potencialidades para atuação do psicólogo no APS.

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. **Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Brasil: UNICEF, 1978.

ALMEIDA, E. S. de; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. *In*: WESTPHAL, M. F; ALMEIDA, E, S. de. **Gestão de serviços de saúde**: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Edusp, 2001.

ASSMANN, H. **Reencantar a educação**: rumo à sociedade aprendente. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

BATISTA, T. W de F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. *In*: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro. Fio Cruz, 2005. p.11-41

BERNARDES, Jefferson de S.; MENEGON, Vera S. A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. *In*: SPINK, Mary Jane (Coord.). **Projeto Coletivo de Cooperação Técnica da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – Mudança na Formação em Psicologia e Pesquisa e Sistematização de Experiências**; Relatório Final. Brasília, DF: 2006.

BORGES, R; DOHN, M. O trabalho de equipe interdisciplinar. *In*: CUTOLO, L. R. A. (Org.) **Manual de terapêutica**: assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.p.129-146.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.2, v.8, p.569-584, 2003.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (In)definição de Integralidade. *In*: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003. p. 35-41.

CARTER, B; MCGOLDRICK, M. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CASANOVA, F. Abordagem Familiar, *In*: CUTOLO, L. R. A. (Org.) **Manual de terapêutica**: Assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.p. 32-43.

CECÍLIO, L. C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13. n. 3, p. 469-478. jul-set, 1997.

CUTOLO, L. R. A. O SUS e a formação de recursos humanos. **Arquivos catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 32, n. 3. p. 15-20, 2003.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. de A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

DELORS, J (Coord.) Os quatro pilares da educação. *In*: **Educação**: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC/UNESCO, 2000.

DIMENSTEIN, M. **O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva**. 2001. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2006.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. *In*: Elsen, I. (Org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2004.

FIGUEREDO, M. D. **Saúde Mental na atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS- Campinas(SP)**. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Pós Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FLICK, U. **Uma introdução á pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). 2. ed. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2005. p.21-34.

HENCKEMAIER, I. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. *In*: Elsen, I. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM, 2002.p.357-367.

HENRIQUE, F; BORGES, R. Visita domiciliar: contexto e práticas. *In*: CUTOLO, L. R. A. (Org.) **Manual de terapêutica**: Assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.p.91-106.

FREITAS, M. F. Q. Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária – Práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. *In*: CAMPOS, H. F (Org.) **Psicologia Social Comunitária**: da solidariedade à autonomia Petrópolis, Rio de Janeiro, 1996.p.54-80.

JORNAL DO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. Santa Catarina, 12a. região jan./fev./mar. 2006.

LANE, S. T. M. Histórico e fundamentos da psicologia comunitária no Brasil. *In*: CAMPOS, H. F (Org.) **Psicologia social comunitária**: da solidariedade à autonomia. Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes, 1996.p.17-34.

LANCETTI, Antonio (Dir.). **Saudeloucura 7: saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 2001.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set./dez. 2005.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface- Comunic.**, Saúde, Educ., v.9, n.17 p.369-79, mar/ago 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MALERBI, F. E. K. Funcionamento familiar e saúde/doença. In: Guilhardi, H, J. (Org). **Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento** V. 9. São Paulo: ESEtec, 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 39-64.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2007.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2007.

_____. **Departamento de Atenção básica**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>>. Acesso em: 06 nov.2006.

_____. Brasília, **Portaria**, n. 267, publicada no Diário da União (07.03.2002), seção 1, p. 67.

_____. Portaria ministerial institui o NASF. Portaria n.158, de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**: Brasília, jan., seção 1, p.47-50

MORÉ, C. L. O.; MACEDO, R. M. S. **A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

NORMAN, A. H. Princípios de medicina de família e comunidade. *In*: CUTOLO, L. R. A. (Org.) **Manual de terapêutica: Assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.p. 21-31.

OLIVEIRA I. J. C. A territorialização e o planejamento local em saúde. *In*: CUTOLO, L. R. A. (Org.) **Manual de terapêutica: Assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.p.66-90.

POLI NETO, P. A intersectorialidade na saúde. *In*: CUTOLO, L. R. A. (Org.) **Manual de terapêutica**: Assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.p.140-146.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**: convite à viagem. Porto Alegre: ARTEMED, 2000.

_____. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

RIBEIRO, E.C.O; LIMA,V.V. Competências profissionais e mudanças na formação. **Olho Mágico**. Londrina,v.10, n.2, p.4752, abr/jun 2003.

ROPÉ,F ;TANGUY, L (Org.). **Saberes e competências**: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papirus, 1997.

ROUQUAYROL.M. Z. Contribuições da epidemiologia. *In*: Campos G. W. de S et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SAUPE, R. *et al*. Competências dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar **Interface - Comunic.**, Saúde, Educ., v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SAWAIA, B. B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto à humanidade. *In*: CAMPOS, H. F (Org.) **Psicologia social comunitária**: da solidariedade à autonomia Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes 1996. p.35-53.

SCORSAFAVA, A. T. **A Estratégia de Saúde da Família como novo campo de atuação para o Psicólogo**: o modelo de Sobral-Ce. Monografia (Especialização). Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, 2004.

SILVIA, H, T; BORGES, R. Acolhimento e a estratégia de saúde da família. *In*: CUTOLO, L. R. A. (Org.) **Manual de terapêutica**: Assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p.118-128.

SOARES, G, B; JUSTINO, A, L, A. Controle social do SUS. *In*: CUTOLO, L. R. A. (Org.) **Manual de terapêutica**: Assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p.147-151.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VASCONCELOS, E. M. **O que é Psicologia Comunitária**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

WALDMANN, E. A. Vigilância em saúde pública, v.7, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. (**Série Saúde & Cidadania**). Disponível em:

<[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala de leitura/saude e cidadania/ed 07/06 01.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala%20de%20leitura/saude%20e%20cidadania/ed%2007/06%2001.html)>.
Acesso em: 18 mar. 2006.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto e contexto em enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, jan./mar. 2003.

ZANELLI, J. C.; ANDRADE, J. E. Borges; BASTOS, A. V. B. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artemed, 2004.

DOCUMENTOS ANALISADOS

BITTENCOURT, Rosane A. do A.; MATEUS, Marina L. F. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. **Psicologia ciência e profissão**. Brasília, vol. 26, n. 2, jun. 2006, p. 328-343. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2007.

CARDOSO, Claudia Lins. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, vol.22, n.1, mar. 2002, p. 2-9. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2007.

COSTA, Diogo F. C. da; OLIVO, Vânia M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no programa de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=714>. Acesso em: 14 out. 2007.

DIMENSTEIN, M. **O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva**. 2001. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2006.

GOMES, Lauren B. **O cuidado em saúde: a atuação da psicologia na estratégia saúde da família**. Blumenau, 2007. Originalmente apresentado como trabalho de conclusão do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Centro de Ciências da Saúde) - Universidade Regional de Blumenau, 2007.

MORÉ, C. L. O.; MACEDO, R. M. S. **A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

OLIVEIRA, Isabel F. et al. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, São Paulo, vol. 9, n.17, jun. 2004, p.71-89. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2007.

RUTSATZ, Suélen N. B.; CAMARA, Sheila G. O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. **Aletheia**, Canoas, n.23, jun. 2006, p.55-64. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2007.

SCORSAFAVA, A. T. **A Estratégia de Saúde da Família como novo campo de atuação para o Psicólogo: o modelo de Sobral-CE**. 2004. Monografia (Especialização). Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, 2004. Disponível em: <<http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/downloads/monografias/residencia/andrea-torquato.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2007.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde”.

Pesquisador Responsável: Katia Aparecida Demeneck
Telefone para contato: (47) 9919-9556

A pesquisa tem como objetivo construir uma síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na atenção primária à saúde.

A justificativa para esta pesquisa se apóia nas possíveis contribuições que o estudo pode trazer na construção do papel do psicólogo na atenção primária à saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja metodologia apresentará as seguintes etapas: coleta, análise e interpretação de dados.

Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não deste estudo, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Queremos esclarecer que seu anonimato será garantido; que as informações prestadas serão sigilosas; que, caso não tenha desejo de participar, não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; que os resultados obtidos ficarão a sua disposição, que sua participação não lhe causará nenhum desconforto, risco, dano ou ônus, que os benefícios esperados com este estudo tragam reflexões positivas quanto ao papel do psicólogo na saúde coletiva.

Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimentos sobre o tema. Caso concorde com estes termos solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme abaixo:

-Nome Pesquisador: _____

-Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde”.

Pesquisador Responsável: Katia Aparecida Demeneck
Telefone para contato: (47) 9919-9556

A pesquisa tem como objetivo construir uma síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na atenção primária à saúde.

A justificativa para esta pesquisa se apóia nas possíveis contribuições que o estudo pode trazer na construção do papel do psicólogo na atenção primária à saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja metodologia apresentará as seguintes etapas: coleta, análise e interpretação de dados.

Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não deste estudo, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Queremos esclarecer que seu anonimato será garantido; que as informações prestadas serão sigilosas; que, caso não tenha desejo de participar, não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; que os resultados obtidos ficarão a sua disposição, que sua participação não lhe causará nenhum desconforto, risco, dano ou ônus, que os benefícios esperados com este estudo tragam reflexões positivas quanto ao papel do psicólogo na saúde coletiva.

Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimentos sobre o tema. Caso concorde com estes termos solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme abaixo:

-Nome Pesquisador: _____

-Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

562/07

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 154624
Projeto de Pesquisa Síntese propositiva de competências do psicólogo para processo de trabalho na atenção primária à saúde.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase Não se Aplica
Unitermos atenção primária, psicologia social, competência profissional					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 0	Total Brasil 0	Nº de Sujeitos Total 0	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Especifico SIM	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável KATIA APARECIDA DEMENECK			CPF 591.091.229-15	Identidade 3.315.298	
Área de Especialização COOPERATIVISMO			Maiores Titulação ESPECIALIZAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA REINOLDO ALTHOFF, 191 - APTO 301			Bairro VELHA	Cidade BLUMENAU - SC	
Código Postal 89041-450	Telefone (47)3331-8578 / (47)3328-5428		Fax NAO	Email katia.ad@terra.com.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 02/09/07			Assinatura <i>Katia Aparecida Demeneck</i>		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Policlínica de Referência Regional			CNPJ 83.102.574/0001-06	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Prefeitura Municipal de Rio do Sul			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço Rua Tuiuti, 154			Bairro Centro	Cidade Rio do Sul - SC	
Código Postal 89160-000	Telefone (49)35311400		Fax Não	Email Não	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <i>JOÃO MÁRIO PHILIPPI</i>			Assinatura: <i>João Mário Philippi</i>		
Data: 05/09/2007					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 02/09/2007. Caso não seja entregue nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Secretário Municipal de Saúde
CPF: 019.883.446-72
Financeiro

Voltar

IMPRIMIR

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRURADA COM PSICÓLOGOS PROFESSORES PESQUISADORES COM INTERFACE NA ÁREA DE SAÚDE COLETIVA

Quais são as atividades que o psicólogo pode desenvolver para atender à saúde da população na APS?

Como cada processo pode ser realizado?

Existem atividades de gestão dos serviços de atenção à saúde, quais são?

Em relação à unidade e equipe de saúde o psicólogo pode desenvolver algum processo de trabalho? Quais?

Como você percebe demanda pelos serviços do psicólogo?

Que conceitos, embasamentos teóricos são necessários para que o psicólogo possa desenvolver suas atividades na APS?

Quais são as metodologias em que pode se apoiar?

Quais são as atitudes, valores, posturas necessárias que possam respaldar sua atuação?

Qual a forma em que o psicólogo pode estar inserido na saúde da família?

De que forma podem ser avaliados os serviços do psicólogo?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)