



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

VASCO CARNEIRO DOS SANTOS FILHO

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM TRÊS DISTRITOS  
SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SOB A  
PERSPECTIVA DA EQUIPE MATRICIAL**

ITAJAÍ  
2008

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**VASCO CARNEIRO DOS SANTOS FILHO**

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM TRÊS  
DISTRITOS SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SOB A  
PERSPECTIVA DA EQUIPE MATRICIAL**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências da Saúde do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho para obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elizabeth Navas Sanches

ITAJAÍ  
2008

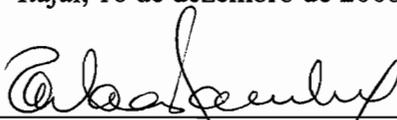
**VASCO CARNEIRO DOS SANTOS FILHO**

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS  
DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SOB A PERSPECTIVA DE EQUIPE  
MATRICIAL**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

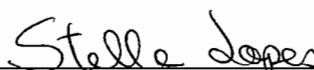
Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 16 de dezembro de 2008.



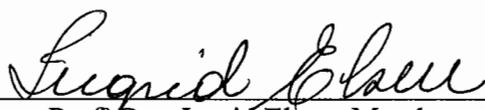
---

Prof. Dra. Elizabeth Navas Sanches – Orientadora/Presidente  
UNIVALI



---

Prof. Dra. Stella Maris Brum Lopes - Membro  
UNIVALI



---

Prof. Dra. Ingrid Elsen- Membro  
GAPEFAM

## DEDICATÓRIA

*A meus filhos,  
Rodolfo, Vitor e Augusto,  
e a minha esposa, Zilá.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Este trabalho foi realizado graças  
ao apoio de pessoas significativas  
em minha vida.*

*Agradeço aos professores do Mestrado,  
aos membros da banca,*

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ingrid Elsen,*

*Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris Brum Lopes,*

*Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Navas Sanches*

*que, gentilmente, me orientou nos  
caminhos deste trabalho.*

*Agradeço a Olavo Gasparin,  
diretor do local onde trabalho.*

*Agradeço também a minha*

*família, especialmente,*

*a minha esposa, Zilá.*

*A ciência não pode resolver o mistério último da natureza, porque , em última análise , nós próprios somos parte da natureza, e, conseqüentemente, do mistério que procuramos desvendar.*

*(Max Planck)*

## RESUMO

Após a Constituinte de 1988, e a Reforma Psiquiátrica a Psicologia vem apresentando dificuldades de inserção no novo modelo sanitário orientado pelo valor da integralidade. Essa inserção poderá ocorrer pela modalidade de equipe matricial e o seu correspondente Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O psicólogo tem o seu espaço oficial estabelecido por estas modalidades. Equipe matricial é um arranjo organizacional para o trabalho em saúde, onde uma equipe de especialistas presta apoio transversal às unidades de referência e seus usuários em sua área de competência, visando potencializar novas subjetividades e co-responsabilidade entre os atores da área atendida. É uma rede de conceitos entre três vertentes teóricas: a produção social dos fatos históricos; a complexidade; e a subjetividade. Esta pesquisa, baseada neste referencial teórico e prático, teve por objetivo estudar a atuação do psicólogo nos Distritos Sanitários do Bairro Novo, Cajuru e Pinheirinho da Prefeitura Municipal de Curitiba sob a perspectiva da equipe matricial. Especificamente, identificou as percepções e concepções dos psicólogos sobre o conhecimento das equipes matriciais; descreveu sobre a atuação dos psicólogos; descreveu as dificuldades de atuação dos psicólogos na perspectiva das equipes matriciais. Para a execução desta pesquisa exploratória utilizou como caminho metodológico a análise descritiva. A população constou de nove psicólogos dos distritos acima referidos. A amostra foi definida pela repetição dos dados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, individuais e em grupo, e com registro dos depoimentos em gravação e posterior transcrição para análise dos conteúdos. Os resultados apontam para práticas psicológicas sem o conhecimento teórico que dê sustentação; atuações multifacetadas coerentes com postulados do SUS, mas, sem protocolo norteador; formação a partir do modelo biomédico; dificuldades como: a existência de obstáculos, o processo de trabalho, ausência de treinamento, contradições e infra-estrutura que dificultam a atuação a partir da ótica das equipes matriciais; solicitações de conhecimentos objetivos de matérias do curso de graduação em Psicologia e de pós-graduação; solicitações de conhecimentos subjetivos que desprezam a variável fundamental de autonomia do mentor das equipes matriciais. Espera-se que a partir dos conhecimentos adquiridos nesta pesquisa, esta se torne um documento de referência para que as universidades e os centros formadores reencaminhem seus cursos de graduação e/ou pós-graduação em Psicologia, em consonância com os princípios do SUS, no geral, e da reforma psiquiátrica, em particular. Espera-se que os serviços municipais de saúde reflitam sobre os resultados apresentados e realizem cursos de especialização na modalidade equipe matricial para os seus funcionários.

**Palavras-chave:** Atuação do psicólogo; Equipe matricial; Humanização da assistência.

## ABSTRACT

Since the 1988 Constitution and the Psychiatric reform, Psychology has experienced difficulties of insertion into the new healthcare model based on the value of integrality. This insertion could occur by means of a matrix team and its corresponding *Núcleo de Apoio a Saúde da Família* (Family Health Support Center - NASF). The official space of the psychologist is established by them. The Matrix team is an organizational arrangement for health work, in which a team of specialists provides transvesal support to the units of reference and their users within their area of competence, with the aim of enabling new subjectivities and joint responsibility between those involved in the area served. It is a network of concepts based on three theoretical perspectives: the social production of historical facts; complexity; and subjectivity. The objective of this research, based on this theoretical and practical framework, is to study the practice of the psychologist in the Health Districts of Bairro Novo, Cajuru and Pinheirinho, in the Municipal District of Curitiba, based on the concept of matrix teams. In particular, it identifies the perceptions and concepts of psychologists on the knowledge of matrix teams; describes the professional practice of psychologists and; describes the difficulties experienced by the psychologists in their professional practice, in the views of the matrix teams. To carry out this exploratory research, the methodological approach of descriptive analysis was used. The study population consisted of nine psychologists from the above-mentioned districts. The sample was defined by repetition of data. The data were collected by means of semi-structured interviews, both with individuals and groups, and the recording and subsequent transcription of statements, for analysis of contents. The results indicate psychological practices which lack the necessary theoretical knowledge to support them; multifaceted actions coherent with postulates of the SUS, but without any guiding protocol; training which is heavily based on a biomedical model; difficulties such as: the existence of obstacles, the work process, a lack of training, contradictions of infrastructure which hinder practice from a perspective of matrix teams; requests for objective knowledge of disciplines from graduate and postgraduate courses in Psychology; and requests for subjective knowledge that go against the fundamental variable of autonomy of the mentor of the matrix teams. It is hoped that based on the knowledge acquired in this research, this will become a reference document that will enable universities and training centers to give new focus to their graduate and/or postgraduate courses in Psychology, in keeping with the principles of the SUS in general, and the psychiatric reform in particular. It is hoped that the municipal health services will reflect on the results presented here, and promote specialization courses for their employees, in the modality of matrix teams.

**Key words:** Professional practice of the psychologist; Matrix team; Humanization of healthcare.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	20
Períodos político-históricos e a atuação do psicólogo.....	20
2.1 Período da democratização (1945- 1964) .....	20
2.2 A Psicologia no período militar (1964-1980) .....	22
2.3 A Psicologia dos anos de 1980 até os dias de hoje .....	25
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	39
3.1 Locais de estudo .....	39
3.1.1 Perfil de Curitiba .....	39
3.1.2 Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba .....	40
3.1.3 Caracterização dos distritos objetos da pesquisa .....	41
3.1.4 Programa de Saúde Mental .....	43
3.2 Sujeitos da pesquisa .....	44
3.3 Instrumento .....	45
3.4 Coleta de dados individuais .....	46
3.5 Levantamento e pré-análise das entrevistas individuais .....	46
3.6 Coleta de dados e devolutiva para os grupo .....	48
3.7 Levantamento e análise dos dados obtidos na coleta grupal .....	49
3.8 Aspectos éticos .....	50
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	51
4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa .....	51
4.2 <u>Concepções da organização das equipes matriciais</u> .....	52
4.2.1 Novo arranjo organizacional .....	52
4.2.1.1 Atendimento transversal.....	53
4.2.1.2 Co-responsabilização de equipes e usuários.....	55
4.2.1.3 Potencialização de novas subjetividades .....	56
4.2.2 Abordagens .....	57
4.2.2.1 Multidisciplinaridade .....	57
4.2.2.2 Interdisciplinaridade .....	59
4.2.2.3 Transdisciplinaridade .....	59
4.2.3 Construção teórica .....	60
4.3 <u>Atuação dos psicólogos nas equipes matriciais</u> .....	62
4.3.1 Múltiplos fatores .....	63
4.3.1.1 Psicológicos .....	63
4.3.1.2 Casal e família.....	64
4.3.1.3 Grupo .....	66
4.3.1.4 Instituição .....	68
4.3.1.5 Comunidade .....	70
4.3.2 Educação para saúde .....	72
4.3.3 Acompanhamento à supervisão de Psiquiatria .....	73
4.3.4 Abordagem usual .....	73
4.3.5 Outras atuações .....	75
4.4 <u>As dificuldades de atuação dos psicólogos</u> .....	76

4.4.1 Obstáculos .....	76
4.4.1.1 Estrutural .....	77
4.4.1.2 Demanda e carência .....	78
4.4.1.3 Político e de comunicação .....	79
4.4.1.4 Epistemológico .....	81
4.4.2 Processo de trabalho .....	83
4.4.2.1 Trabalho em si.....	83
4.4.2.2 Capacitação e educação em saúde .....	84
4.4.3 Contradições .....	85
4.4.4 Infra-estrutura .....	86
4.5 <u>Conhecimentos objetivos e subjetivos necessários à atuação do psicólogo</u> .....	88
4.5.1 Conhecimentos objetivos .....	88
4.5.1.1 Disciplinas psicológicas .....	89
4.5.1.1.1 Psicoterapias .....	89
Psicoterapia de grupo.....	89
Psicoterapia de casal .....	90
Psicoterapia de família .....	90
Psicoterapia comunitária .....	91
4.5.1.1.2 Psicologia Social .....	92
4.5.1.1.3 Psicologia Jurídica .....	93
4.5.1.1.4 Faixas etárias .....	94
4.5.1.1.5 Psicopatologia e doença .....	95
4.5.1.2 Múltiplos saberes .....	96
4.5.1.3 Conhecimentos administrativos .....	96
4.5.1.4 Abordagem interdisciplinar .....	97
4.5.1.5 Políticas públicas de saúde .....	98
4.5.1.6 Prevenção .....	99
4.5.2 Conhecimentos subjetivos .....	100
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>103</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>107</b>
<b>7 ANEXOS</b> .....	<b>116</b>
<b>8 APÊNDICES</b> .....	<b>125</b>





# 1 INTRODUÇÃO

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da elaboração do texto constituinte por um grupo de elite e pensadores de esquerda em 1988, o Legislativo propôs e aprovou as mudanças na Saúde, conteúdo que já vinha sendo elaborado pelo movimento sanitário.

O termo “Constituição Cidadã”, segundo Carvalho et al. (2001), aplicou-se com justiça em virtude das concessões e propostas inovadoras no acesso à saúde e na concepção de sujeito.

Na área de área de Saúde Mental, coerente com a Reforma Psiquiátrica e impulsionada pelas três Conferências nesta área, foi iniciada uma mobilização para que a Psicologia e as demais profissões da área expandissem suas ações além das instituições ambulatoriais e hospitalares de assistência (BRASIL, 2004 -1).

Para Arruda (2001), os profissionais da Saúde tiveram e ainda têm uma prática em descompasso com os princípios de integralidade, equidade e universalidade preconizados pelo Sistema Unificado de Saúde (SUS). Entende-se por integralidade: “a provisão de todo tipo de serviços de saúde pessoais para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes” (ARRUDA, 2001, p.19). O conceito de equidade implica em: a) redução ao mínimo possível das diferenças, desnecessárias, evitáveis e injustas entre grupos humanos com diferentes níveis sociais; b) disponibilidade de ações e serviços de saúde em função das necessidades (equidade de acesso e uso), diminuindo desigualdades. Isto não significa igualdade, mas pode também significar tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Universalidade significa o direito de cidadania, de todas as pessoas a terem acesso aos serviços de saúde dos quais necessitem.

No que diz respeito à assistência em Saúde Mental, em particular, esta vem, nos últimos 36 anos, sofrendo um processo de transformação (MACHADO e MOCINHO, 2003), colocando em discussão o modelo público e centrado no hospital e, conseqüentemente, tentando-se criar outra lógica nesta área. O modelo psicossocial e o conceito de território presentes no novo

discurso da Saúde passam a ser operacionalizados na Saúde Mental. Esse novo modelo, que implica em um novo paradigma, o qual tem como pressupostos a integralidade e a cidadania. Essa última entendida como a garantia dos mais elementares direitos.

Outro teórico da Reforma Psiquiátrica é Sarraceno (1996), que mostra que a prática em Saúde Mental, após a reforma psiquiátrica, não permitiu criar modelos de referência fortes e significativos, existindo ainda práticas a espera de teorias. Muitos profissionais realizam o seu ofício sem um referencial teórico com sustentabilidade. Fala de sua preocupação de não se saber construir uma teoria com sentido; utilizando pedaços, fragmentos muito confusos de teorias antigas. Essas teorias, frutos da junção de fragmentos, poderiam gerar reprodução de doenças em vez de produção de sentido ou de produção de saúde.

Assim, psicólogos que atuam apenas em Saúde Mental, limitados ao diagnóstico e a cura de fatores patogênicos no plano individual, deveriam ampliar as suas concepções teóricas e práticas para acompanhar esse novo modelo de saúde proposto. Precisam desenvolver abordagens participativas, nas quais o usuário bem como seus familiares e a comunidade em geral sejam reconhecidos como atores políticos (BRASIL, 2004 -1).

A experiência tem demonstrado que os graduados em Psicologia geralmente saem dos cursos de formação despreparados para uma atuação em serviço público de saúde. A identidade profissional que os psicólogos estabelecem é distante e descontextualizada da realidade social. Eles pouco conhecem sobre a história da Psicologia, sobre as políticas de saúde, sobre os sistemas de saúde, e nada sobre os problemas e as necessidades da população que irão atender (BRASIL, 2004 -1).

Além destes aspectos inerentes a categoria profissional, as políticas de saúde mental em processo de crescimento dificultam o estabelecimento de uma prática condizente com a Reforma Psiquiátrica.

Reverendo a história da saúde mental em particular do município de Curitiba, para Venetikides et al (2003) mostra que o início de construção de uma proposta institucional de saúde mental aconteceu durante o ano de 1991, quando um grupo formado de psiquiatra, psicólogo e enfermeira apresentou um projeto ao recém criado Conselho Municipal de Saúde. Estabelecia como

constituição básica uma equipe de saúde mental para cada uma das oito Regionais de Saúde. A equipe mínima preconizada pelo governo federal deveria ser composta de 01 psiquiatra, 01 psicólogo e 01 assistente social. Tais profissionais, afirmam os escritores deste documento, eram inexistentes na secretaria Municipal de Saúde.

No ano de 1993 foi possível o remanejamento de três psicólogas para três Regionais de Saúde. No ano de 1995, fruto de uma parceria com o Canadá e com a inclusão da Universidade Católica do Paraná foi realizado um curso de pós-graduação – Especialização em Saúde Mental Comunitária- a qual formou 35 profissionais da rede municipal de saúde.

Neste mesmo documento Venetikides et al (2003) quando escreve sobre a Gestão do Programa de Saúde Mental informa que as equipes de saúde mental dos distritos é formado por psicólogos, assistente sociais e enfermeiros e a Coordenação Central conta com uma psicóloga e um psiquiatra. Percebe-se neste pequeno percurso histórico que a figura do profissional de Psiquiatria que no início era preconizado como necessário um em cada distrito passa a compor a coordenação do programa. O profissional de psicologia passa a compor em alguns distritos com um agente de saúde em alcoolismo a equipe mínima.

Retornando ao psicólogo, como profissão isolada segundo Dimenstein (2000), este desenvolve uma identidade profissional apolítica e, por isto, embebida na ideologia dominante. Esta é uma psicologia ineficaz e ingênuas que a universidade proporciona.

O desafio da Psicologia no campo da Saúde envolve os avanços que se fazem necessários no conceito de subjetividade, que permitem representar o tecido social como um todo complexo (BRASIL, 2004 -1).

Ainda para Dimenstein (2000), a concepção no campo PSI (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas) não é contextualizada, relativizada. À medida que ela é universalizada como se fosse um único modelo de subjetividade possível, despreza a complexidade e a multiplicidade de fatores determinantes do processo de subjetivação. Essa não-contextualização nega aspectos políticos, sociais, históricos e ideológicos que são inerentes à subjetividade.

Quando ocorre a mera transposição dos saberes do psicólogo que se baseia em saberes de linha psicanalítica, individual aos serviços públicos,

aparecem algumas conseqüências, tais como as descritas por Dimenstein (2000):

- a) Conflito com as representações de pessoa, saúde e doença, corpo, próprias aos usuários das instituições públicas de saúde;
- b) Baixa eficácia das terapêuticas psicológicas e alto índice de abandono de tratamento;
- c) Seleção e hierarquização da clientela;
- d) Dar explicação psicológica aos problemas sociais (DIMENSTEIN, 2000, p.107).

Brasil (2004 -1) alerta que a transposição pura e simples dos modelos hegemônicos teóricos e metodológicos da classe média e média-alta tem pouca possibilidade de sucesso com as classes populares. Os ideais e valores individualistas da clínica tradicional têm enfoque apenas nos fatores intrapsíquicos e uma concepção universalizada da natureza.

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1994, como estratégia para reorganização do sistema de saúde, a partir da reestruturação da atenção básica em saúde, novos profissionais foram estimulados a se incluírem. Preconizou-se, então, que a equipe deveria ser multiprofissional e constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, ou ACS. O profissional de Psicologia não foi indicado para esta equipe básica.

A visão sistêmica e a abordagem interdisciplinar para a saúde, como preconiza a reforma, de acordo com Fontinele (2003), justifica a inserção do psicólogo no PSF ou atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois uma tríade de fatores biológicos, psicológicos e sociais está presente no processo saúde/doença. O autor chega a estabelecer objetivos de sua inserção, assim como delinea as atividades que poderiam ser desenvolvidas pelo psicólogo como: “Grupos informativos, Psicoterapia de Grupo, Dinâmica de Grupo, Teatro, Visita Domiciliar, Consulta Individual, Grupo de Terapia Profissional” (FONTINELE, 2003, p.84).

Porém, apesar da inclusão do psicólogo estar preconizada, não se sabe se, por limitações da própria categoria ou por questões políticas, esta inserção nas unidades de ESF ocorreu em pequena escala.

No modelo convencional de atenção à saúde, o médico escuta a doença e medica; o psicólogo, através de uma relação terapêutica individual, estabelece a neurose de transferência; o assistente social providencia recursos. A antiga maneira de administrar e a organização do processo de trabalho tradicional, verticalizado e baseado em procedimentos e não na produção de saúde, para Campos (1999), continuam produzindo subjetividades, segundo a lógica dominante. Predomina um corporativismo e um domínio do modelo médico hegemônico. Esse modelo é balizado por um sistema com decisões centralizadas o que tende a estimular a alienação e o descompromisso do trabalhador e do usuário da Saúde. Acredita o autor que uma reordenação do trabalho em saúde estimularia um novo modelo de responsabilidade. Propõe, assim, uma nova diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários. Nesse modelo proposto, a primeira categoria é denominada **Novo Arranjo Organizacional**, o que implica em novos padrões de relacionamentos entre os próprios profissionais da Saúde, consigo mesmos e com os usuários.

O modelo proposto por Campos foi incorporado pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e passou a fazer parte do documento denominado HumanizaSUS (BRASIL, 2004 -2).

No entanto, estes novos padrões de relacionamentos, citados anteriormente, são decorrentes de novos estilos de gestão e estrutura de poder nas instituições, abolindo-se as decisões de pequenos grupos ou de corporações profissionais. Criam-se, assim, novos arranjos organizacionais e produz-se outra cultura para lidar com as singularidades dos sujeitos. Nessas mudanças organizacionais, misturam-se métodos que facilitam uma clínica singular e uma abordagem que combinam elementos biológicos, psíquicos e sociais.

Em decorrência destas novas responsabilizações com a singularidade dos sujeitos e novos arranjos com características *Transversais* entre as equipes e as equipes de referência, vem ocorrendo uma nova organização do serviço, que tem recebido o nome de equipe de apoio matricial (BRASIL 2004 - 2).

A transversalidade diz respeito à conexão entre o próprio grupo e com outros grupos, indicando a abertura a outras visões de mundo. Esta idéia é de

uma nova maneira de comunicação multivetorializada em rede, na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade.

A equipe de *apoio matricial* é um modelo aplicável a várias áreas da Saúde, que podem ser extensivas à saúde mental. Em uma equipe de apoio matricial, neste caso, de saúde mental, o psicólogo tem o seu espaço compartilhado com outros profissionais como o médico psiquiatra, o assistente social, o enfermeiro e o terapeuta ocupacional. Esta equipe de apoio matricial pode ter a própria unidade que os referenciou em nível de apoio e assessoramento e os usuários desta mesma unidade sob sua responsabilidade. Em um nível horizontal, a *equipe de referência* continua responsável pelos usuários de sua zona adstrita. Existe, desta forma, uma *dupla responsabilização* em relação ao usuário da Saúde, podendo ser relativa por parte da equipe matricial (BRASIL, 2004 -2).

Existe também uma *dupla responsabilização* da equipe matricial, sendo esta responsável pelos usuários junto com a equipe de referência e podendo ser fornecedor de conhecimentos para esta equipe.

Passam, então, ambas, a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, a elaborar projetos terapêuticos para os usuários, seminários para a equipe de referência, atendimentos conjuntos e contatos em emergências de saúde mental aos usuários. Mas, a equipe matricial tem sob sua tutela outras equipes de referência.

Considerando esta realidade e a possibilidade de reordenar o trabalho em Saúde, Campos e Domiti (2007) anunciam seis níveis de obstáculos ao bom desempenho da equipe matricial. Níveis estes que podem também corroborar com os já anunciados conteúdos de identidade profissional, que levariam a uma limitação de atuação do psicólogo na equipe matricial. Esses obstáculos são os seguintes:

O primeiro obstáculo à prática da clínica ampliada e ao trabalho interdisciplinar é denominado de *estrutural*. Neste caso, o foco de resistência é a fragmentação crescente, imposta ao processo de trabalho pela especialização das profissões e o processo de formar departamentos. Em organizações típicas da área da Saúde, em geral, dividem-se em departamentos ordenados, segundo a lógica médica. Foge-se, nas profissões da Saúde, de um compromisso com a abordagem integral do processo

saúde/doença. Estes diminuem as responsabilidades, fragmentando o processo de trabalho e a integração comunicativa. Existem recursos gerenciais se contrapondo a esta tendência da fragmentação e desresponsabilização como o papel integrador do corpo de enfermagem. Outro recurso adotado são as normas e protocolos, que procuram padronizar condutas. Há que ressaltar também o sistema de gerente de caso.

O segundo obstáculo é denominado de *excesso de demanda e carência de recursos*. Campos e Dimitri (2007) mostram que o volume de serviços oferecidos à população é insuficiente. O SUS está em processo de implantação. Existe uma ordenação multidisciplinar, e foge-se de uma lógica interdisciplinar. Estes aspectos funcionam como obstáculos ao apoio matricial. Dentro de um novo modelo de gestão, um técnico da equipe matricial que, por carência de recursos, atende um número *n* qualquer de Unidades de Saúde ou ESF, repassaria aos profissionais dessas unidades o saber técnico em um nível elementar. Isto decorreria de prováveis relações interpessoais em que não haveria dificuldade na passagem do saber. Tomando como exemplo a saúde mental, o psicólogo transmitiria noções de uma terapia breve ou de apoio à equipe de referência. Esta suposta equipe assimilaria o caso, ampliando sua capacidade de resolver problemas de saúde.

O terceiro obstáculo é denominado por Campos e Domiti (2007) de *político e de comunicação*. O SUS introduziu na Saúde a diretriz do controle social. As instituições de Saúde com seus dirigentes mantêm uma concentração de poder. A mentalidade das instâncias internas mantém-se intocável. Não há o compartilhamento de poder entre os profissionais. As políticas de humanização têm tentado ampliar o poder dos usuários no cotidiano dos serviços. Então, tanto o poder centrado nos dirigentes, sem um sistema de co-gestão, quanto o controle social ainda incipiente não criam uma democracia institucional que permite a instalação de apoio matricial.

O quarto obstáculo delineado é de nível *subjetivo e cultural*. O trabalho interdisciplinar exige certa disposição subjetiva para lidar com a incerteza, para receber crítica e para decidir de modo compartilhado. Este não é o padrão existente de comportamento nas instituições contemporâneas. Pela identidade profissional, os profissionais têm dificuldades de relacionamento, cristalizam-se em posições reativas, por incerteza, e dificultam o diálogo e a interação. As

suas falhas podem ser usadas politicamente, o que favorece a ausência de projetos terapêuticos compartilhados, dentro de uma visão de perspectiva. Os gestores ficam impossibilitados de interferir em condutas dos especialistas. Propõe-se o projeto terapêutico como uma maneira de integrar estas divergências. A idéia de uma discussão prospectiva de caso serve para mediar as relações.

O quinto obstáculo é denominado de *ético*. Ao tentar trabalhar a responsabilidade na área da Saúde, a privacidade de usuários, da família, de funcionários e da comunidade passa a ser repensada. O saber compartilhado entre a equipe de cumplicidades é algo a ser analisado. Como lidar com esta multiplicidade de informações de uma pluralidade de níveis de depoimentos de modo ético e respeitoso?

O sexto e último nível dos obstáculos é de característica *epistemológica*. Às vezes, os profissionais da Saúde trabalham com referenciais do *continuum* saúde/doença em diferentes níveis de processo de conhecimento. É comum o predomínio do modelo biomédico com o conseqüente comportamento limitado a este pensar, assim como existem os diferentes modelos de subjetividades. O enfoque do novo modelo organizacional permite integrar as diferentes subjetividades.

Diante deste quadro de limitações, tanto de identidade profissional do psicólogo como dos obstáculos ao desempenho, ambos sob a perspectiva da equipe matricial, esta dissertação encontra a sua justificativa.

Com esse quadro, também se levantaram algumas perguntas que nortearam esta pesquisa: Que conhecimentos (conceitos e percepções) têm o psicólogo sobre a equipe matricial? Como atua o psicólogo nas equipes de saúde? Como ocorrem e quais dificuldades enfrentam o psicólogo que atua nas equipes dos distritos sanitários? Que conhecimentos (objetivos e subjetivos) o psicólogo poderia ou deveria ter em sua formação para atender a demanda de atendimento a partir da perspectiva da equipe matricial?

Depois de levantados os problemas acima foram estabelecidos uma relação de objetivos. Como objetivo geral entendeu-se que havia uma necessidade de analisar a atuação do psicólogo e os obstáculos enfrentados nos Distritos Sanitários do Cajuru, Bairro Novo e Pinheirinho da Prefeitura Municipal de Curitiba sob a perspectiva das Equipes Matriciais.

Foram estabelecidos como objetivos específicos:

- Identificar as percepções e concepções dos psicólogos sobre a organização das equipes matriciais dos distritos sanitários;
- Descrever a forma de atuação dos psicólogos sob a perspectiva das equipes matriciais;
- Descrever e constatar quais as dificuldades que enfrenta o psicólogo que atua nas equipes sob a ótica da equipes matriciais.
- Descrever e constatar quais os conhecimentos subjetivos e objetivos que o psicólogo poderia ou deveria ter em sua atuação para atender a demanda de atendimento de uma equipe matricial.

O presente trabalho é composto deste primeiro capítulo que é uma introdução, e neste final justifica e estabelece os objetivos. O capítulo dois é uma revisão da literatura, onde se faz um percurso sobre os períodos político-históricos pela qual passa a identidade do Psicólogo O capítulo três descreve o caminho metodológico utilizado para realização da presente pesquisa. Sendo que, a pesquisa exploratória foi a opção de escolha. O capítulo quatro consiste numa discussão dos resultados encontrados. Inicialmente ocorre a caracterização dos sujeitos pesquisados e secundariamente a pesquisa foi organizada por categorias e subcategorias. O capítulo cinco consiste nas considerações finais do presente trabalho. No capítulo seis estão contidas as referências utilizadas.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### Períodos político-históricos e a atuação do psicólogo

#### 2.1 Período da democratização (1945 a 1964)

Por duas décadas, entre os anos de 1944 e 1964 (BERTOLLI, 1996), o Brasil viveu uma fase conhecida como período de democratização. Houve a vitória dos Estados Unidos e dos seus aliados e foi derrotado o nazi-facismo em nível internacional. Os regimes democráticos dos diferentes presidentes no Brasil (Dutra, Vargas, Juscelino, Jânio e Jango) caracterizavam-se por uma política populista, com medidas demagógicas.

Para Brasil (2007-2), a Previdência Social, as antigas Caixas de Aposentadoria e Pensão dos Servidores (CAPS), criadas através da Lei Elói Chaves de 1923, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nesses IAPS, os trabalhadores eram organizados e *centralizados* por categoria profissional. Sem gastar nenhuma verba federal, uma vasta parcela da população tinha uma assistência médica. Não há registros do profissional psicólogo nesses CAPS ou IAPS. O Ministério da Saúde, criado em 1953, no segundo governo Vargas, ficava com a responsabilidade de atendimento das áreas rurais (BERTOLLI, 1996).

Nesse período, a Medicina *privada* pressionava os governos estaduais e o federal para interromper a construção de hospitais públicos, assim como o estado deveria fazer empréstimos com juros baixos à rede privada, que venderia seus serviços ao estado e a população.

No período final dessas duas décadas, ainda segundo Bertolli (1996), no conturbado governo do presidente João Goulart, houve a convergência de outro grupo da classe médica que entendia que o exercício da Medicina não era apenas utilização de técnicas clínicas e acreditava também na *politização* das atividades de saúde. Este segundo grupo, aliado a movimentos populares, levou as questões sanitárias a ocupar papel importante nas reivindicações dos trabalhadores.

Os Departamentos de Medicina Preventiva, constituídos a partir da Lei da Reforma Universitária de 1968, levou a cadeira de Medicina Preventiva aos currículos faculdades. Para Brasil (2007-2), este novo campo da Medicina foi o começo do foco da Reforma Sanitária.

Desenvolve-se no final da década de 60, na América Latina, uma forte crítica aos efeitos físicos da medicalização (BRASIL, 20072). Houve, neste período, um reconhecimento da necessidade de *desmedicalização* dos problemas sociais, com a proposição de um retorno a uma medicina tradicional, ao autocuidado, e a possibilidade de não-profissionais participarem na atenção primária.

O campo da Saúde Mental, em particular (Alves, 2006), é capitaneado pela psiquiatria até os anos de 1970, caracterizada por uma política preventivista com base no modelo asilar. A prática psiquiátrica é fortemente baseada no modelo *flexneriano* de origem norte-americana. Este modelo remonta aos anos quarentas e pressupõe um mecanismo em que exclusão e seleção caminham juntas.

O preventivismo, que se acreditava ser uma contraposição ao modelo hospitalocêntrico, resultou numa vertente assistencial (ALVES e AGULJOR, 2006), adotada na década de 60. Havia uma crença na resolução dos problemas mentais de uma maneira preventiva.

Em relação à Psicologia, foco desta pesquisa, a Lei nº 4119, de 27/8/1962, dispõe sobre os cursos de formação e regulamenta a atuação desse profissional. Em 1962, quando a profissão foi regulamentada, segundo Benites et al (2006), existiam apenas quinze psicólogos no Brasil. Em Curitiba, onde foi realizado este estudo, na época, existiam alguns profissionais que exerciam a função de psicólogo, oriundos de áreas fronteiras como Medicina, Pedagogia com especialização em Orientação Educacional, ou realizavam um trabalho próximo da Administração.

A profissão de psicólogo nasceu num período em que se disputavam espaço na área da Saúde: de um lado, o grupo da Medicina Preventiva que, provavelmente, estabeleceu as linhas da Reforma Sanitária junto com os movimentos populares; de outro, o grupo da Medicina Privada de cunho Liberal.

A última experiência democrática (BRASIL, 2007 - 2) de eleição de um

presidente, realizada no Brasil, aconteceu em dezembro de 1963.

Foi naquele período que se realizou a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como principais pontos uma avaliação crítica da realidade sanitária e um processo de municipalização, intenção revelada pelo próprio presidente João Goulart, que, um ano antes, assinou o reconhecimento da profissão de psicólogo.

## 2.2 A Psicologia no período militar (1964 a 1980)

Em 31 de março de 1964, um golpe militar derrubou o então presidente João Goulart, comemorado como a vitória da “democracia” e a derrota do comunismo (BERTOLLI, 1996). Os militares consideravam inimigos da nação as pessoas, os políticos, os artistas, os intelectuais ou as instituições que se opunham a ordem econômica política e social do regime. Como escreve Yamamoto (2003), o país iniciou um período de vinte anos de regime autocrático-burguês, semelhante a muitos países do Cone Sul.

Na a área da Saúde, o governo militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias, ou seja, um modelo *Médico e Assistencial Privativista* (BRASIL, 2007- 2). Outra característica era que prevalecia uma hegemonia burocrata aliada à prática *curativista*, centrada na *técnica* e que desconsiderava o aspecto psicossocial.

As verbas do Ministério da Saúde que haviam crescido (Bertolli, 1996) no primeiro triênio dos anos sessentas sofreram um processo de esvaziamento até o final da ditadura. Este mesmo Ministério privilegiava a saúde como elemento *individual* e desconsiderava a atuação *coletiva*.

Aproveitando-se das deficiências das antigas Caixas e Institutos, *centralizaram-se*, no ano de 1996, (BERTOLLI, 1996) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) os serviços de pensões e serviços médicos. Sendo assim, o governo federal passou a ser o gerenciador e centralizador dos sistemas de Saúde e previdência, *relegando* a participação dos trabalhadores.

A profissão do psicólogo, que havia sido criada no último mandato do presidente populista João Goulart, em 27 de agosto de 1962, passou a ser

“amparada”, nove anos depois, pelo Conselho Federal de Psicologia, criado em 1971 (AMÂNCIO et al 2006, p.246).

A Universidade Católica do Paraná formou a primeira turma de psicólogos em 1973. Para auxiliar no encaminhamento da profissionalização e realização deste ato, contou com a vinda de dois casais de psicólogos de Porto Alegre, assim como a participação de um número elevado de médicos e psiquiatras em seu corpo docente.

Na seqüência, duas outras instituições também passaram a formar psicólogos: a Universidade Federal do Paraná e a Faculdade Tuiuti.

Nos primeiros estudos sobre a atuação do psicólogo, Yamamoto (2003) demonstra que três grandes áreas do saber se sobressaem: Clínica, Escolar e Industrial, sendo que 55,3% tinham na Clínica sua principal área de atuação. Porém, não é apenas a preferência pela área Clínica que chama a atenção, senão o modelo *liberal* forjado com características idênticas ao modelo médico que se fazia presente. O pensamento linear e de causa/efeito é estabelecido na formação inicial do psicólogo.

A própria Psicanálise, presente nos primeiros cursos de formação, tentou reeditar a neurose de transferência e não fugiu de uma causalidade linear, incapaz de um pensamento preventivo e muito menos promotor da saúde.

A caracterização da “Psicologia Clínica” que cabe bem para este período, para Bianco et al (1994), revela-se como uma tarefa de difícil empreendimento. No entanto, aventura-se, alegando que alguns critérios são freqüentemente utilizados para definir o “clássico” como:

1. Atividades de diagnóstico e/ou terapia individual ou grupal;
2. Atividade exercida em consultórios particulares, restrita a uma clientela proveniente de segmentos sociais abastados;
3. Atividade exercida de forma autônoma, como profissional liberal, não inserida no contexto dos serviços de saúde;
4. Trabalho que se apóia em um enfoque intra-individual, com ênfase nos processos psicológicos e psicopatológicos e centrados em um indivíduo abstrato e a-histórico;
5. Hegemonia do modelo médico, aqui traduzido na aceitação da autoridade do profissional na relação com o paciente, não se questionando o saber e a prática a partir de reações do paciente (BIANCO et al, 1994, p.8).

Em 1975, no aspecto psicossocial, segundo Brasil (2007 - 2), o modelo econômico e financeiro implantado durante o regime militar entra em crise. A população começa a conviver com as mazelas sociais. Paralelamente a este modelo econômico, o modelo de saúde previdenciário mostra as suas deficiências.

Enquanto na sociedade brasileira viam-se as contradições advindas do regime autocrático-burguês, em nível internacional, desde os anos sessenta, já se reconhecia a determinação econômica e social da Saúde. Escreve Brasil (2002) que dois eventos poderiam mudar a visão essencialmente centrada na doença. O primeiro evento significativo foi a abertura da China Nacionalista à observação de especialistas da Organização Mundial da Saúde da abordagem não-convencional e aparentemente bem-sucedida da Saúde. Esta abordagem era realizada em ambiente rural. O segundo foi o “Relatório Lalonde” – Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses, em 1974.

Estes acontecimentos permitiram a realização de uma Conferência que se propunha ser desencadeadora de saúde para todos a partir do ano 2000, e uma estratégia de atenção primária na Saúde. Esta Conferência foi realizada em Alma-Ata em 1978.

Desta conferência, segundo Brasil (2002), destacam-se apenas aqueles itens que poderiam deslocar a atuação do psicólogo sob uma ótica individualizante, forjada no modelo médico-liberal e de linha psicanalítica, para uma ótica na qual existe uma contextualização:

Item IV - É dever e direito do povo de participar, individual e coletivamente, na planificação e aplicação das ações de saúde;

Item VII - A atenção primária de saúde é conseqüência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades (BRASIL, 2002, p.15 -17).

### 2.3 A Psicologia dos anos de 1980 até os dias de hoje

No final dos anos setenta e no início da década de 80 (BERTOLLI, 1996), agrava-se a crise do modelo econômico do regime militar. Inicia-se também uma forte onda de contestação, levantada pelos sindicatos, categorias e movimentos sociais. O último general-presidente acelera a abertura política. Alega, ingenuamente, que fará do Brasil uma democracia, desconhecendo que todo ato aparentemente individual é contaminado por uma variedade de fatores. Criam-se novos partidos políticos, a imprensa livra-se da censura, o sindicalismo retorna e elege-se o novo presidente da república.

Os Ministérios da Saúde e da Previdência continuam a sofrer pela falta de verbas e a ser assolados pela corrupção. Os projetos encetados pelo governo federal continuam sendo criticados pelos grupos de pressão com interesses da iniciativa privada.

A continuação do grupo da Reforma Sanitária, entendido como um grupo ideológico (BRASIL, 2006 - 2) com uma prática política, continua seu embate teórico com o grupo preventivista de origem americana. Este grupo organiza-se, então, em torno da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES).

Neste período, muitos planos ou projetos, identificados com siglas Pré-Saúde, Conasp e AIS, mantiveram a mesma intenção de reorganizar, de forma ética, as atividades de tratamento e proteção individual e coletiva.

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência trazia em seu ideário as propostas do Movimento da Reforma Sanitária e de outros grupos identificados com um novo modelo de saúde. O modelo de saúde presente na sociedade brasileira no final do século XX e neste início de século XXI é caracterizado por inúmeras mudanças que acompanham as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Uma política de gestão de pessoas para a Saúde vem implícita e também sendo construída nos mutáveis modelos de atenção a saúde.

Entre os anos de 1980 e 1990, houve o enfraquecimento da ditadura

militar no Brasil, caracterizando-se por atos arbitrários e institucionais que, inclusive, alteraram a própria Constituição Nacional. Neste período, pensadores de esquerda, alguns sediados na USP, PUC/SP e Fiocruz, assim como os trabalhadores da Saúde e os exilados do período militar que retornaram ao país deram seqüência à construção de uma nova concepção em relação ao Sistema Nacional de Saúde.

Mais precisamente em 1988 (CARVALHO et al, 2001), a Constituição Federal, orientada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, incorporou mudanças no papel do Estado, alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de Saúde, criou novas relações entre as esferas governamentais, novos papéis entre atores do setor e originou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Após a promulgação da Constituição de 1988, confirmadas pelas três Conferências de Saúde Mental, e, auxiliados pela Declaração de Caracas na Venezuela de 1990 em 1º de abril de 2001 a Assistência Psiquiátrica passa a ser orientada pela Lei Federal 10.216 do Deputado Paulo Delgado. Esta Lei dispõe sobre a mudança do modelo de Assistência em Saúde Mental. Esta mudança mostra uma tentativa de ruptura com o modelo psiquiátrico hegemônico, na qual a doença era visto como objeto de intervenção. Busca-se um olhar que escute o sujeito em seu existir em convívio (ALVES E GULJOR 2006).

Diversas formas de organização de assistência em saúde mental são propostas como substitutivas ao modelo tradicional. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são escolhidos oficial e preferencialmente pelo Ministério da Saúde. Este serviço deve congrega uma equipe multiprofissional e estar localizado na comunidade, para a qual deve estar aberto aos seus problemas e contar com os recursos desta mesma comunidade (ALVES E GULJOR 2006).

Escreve Brasil (2005-2) que no processo de desinstitucionalização com a conseqüente redução de leitos nos hospitais psiquiátricos há que ser acompanhada de transformações legais, culturais e subjetivas.

Paralelo a esta preferência pelo CAPS, a Saúde Mental é estimulada a introduzir-se na Atenção Básica. Estimulam-se também as Residências Terapêuticas, onde as pessoas comprometidas psiquicamente possam abrigar-se. Outras formas alternativas também se desenvolvem como leitos em

Hospitais Gerais, Cooperativas de trabalho e locais para convívio com a diferença e o estigma, o qual é denominado de Centros de Lazer e Cultura (ALVES E GULJOR 2006).

Porém, dois anos antes desta Reforma, o Conselho Nacional de Saúde, em 7/5/1999, estabelece, pela Resolução 287, homologada pelo então Ministro da Saúde, José Serra, que psicólogo estaria inserido nas quatorze profissões que integram a área da Saúde.

Mas, apesar de terem sido homologadas as quatorze profissões da área da Saúde e, em particular, a de psicólogo, as suas formações e conseqüentes atuações foram incapazes de dar respostas às reais necessidades do povo brasileiro em consonância com esta Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, o Conselho Nacional de Educação, em sua Resolução nº. 8, de 7 de maio de 2004, estabeleceu as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Psicologia.

Porém, apenas com a Portaria nº 2118/2005, conjunta entre os Ministérios da Educação e da Saúde, criando a Secretaria do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), a política de recursos humanos para a saúde deu um passo realmente efetivo na consolidação do SUS.

Apesar desta luta nesses vinte e cinco anos por uma nova consciência sanitária, a psicologia, como profissão regulamentada, é relativamente nova e tem, exatamente, até este ano de 2008, quarenta e cinco anos de idade.

Embora, apenas em 2005, uma política de recursos humanos para a saúde tenha se efetivado, treze anos antes, em 17 de outubro de 1992, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 1992), órgão legislador da classe, já havia encaminhado ao Catálogo Brasileiro das Ocupações do Ministério do Trabalho as Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil.

Percebe-se que o rol de atividades elencadas pelo CFP, descrito em parágrafos abaixo, não fica refém de uma linha ideológica e política e, conseqüentemente, nem de uma abordagem teórico-prática liberal e, muito menos uma visão histórico-crítica vêm embutidas em seus parâmetros. Mas, como foi mostrado anteriormente, em pesquisas realizadas por Dimenstein (2000), o modelo biomédico e o fazer psicanalítico, ambos de cunho liberal foram os que mais orientaram a prática psicológica. Esta orientação ou

capitulação de um saber por um segmento ideológico e teórico-prático, segundo (BRASIL, 2006 -2), na área da Saúde, pôde levar esta mesma abordagem a ser considerada uma vilã ou desencaminhadora da saúde, ocasionando também uma dificuldade de inserção do psicólogo no Sistema Único de Saúde.

Entre as inúmeras atribuições do psicólogo encaminhadas à Organização Internacional do Trabalho (Psicologia, 1992), levando em conta e coerente com as especificidades do ato psicológico no SUS, as seguintes são destacadas:

1. Atentar para aspectos interpessoais e intrapessoais;
2. Compreender o indivíduo, casal, família, grupo e comunidade;
3. Reconhecer fatores determinantes de nível pessoal, familiar, social, político, histórico e cultural;
4. Respeitar à dignidade e integridade do ser humano;
5. Participar de tarefas em nível individual, interdisciplinar e intersetorial;
6. Participar, acompanhar e elaborar planos em nível de atenção primária e de promoção de saúde;
7. Atuar junto à equipe multiprofissional, levando a reconhecer os fatores emocionais presentes na atuação desta equipe (PSICOLOGIA, 1992).

Um segundo momento significativo no delineamento de linhas de atuação do psicólogo ocorreu no ano de 2006. O Conselho Federal de Psicologia (CFP. 2006), com intenção de discutir a inserção do psicólogo no Sistema Único de Saúde, elabora material teórico denominado 1º Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública. Esse material foi distribuído aos Conselhos Regionais de Psicologia para que organizassem fóruns locais e indicassem delegados ao fórum nacional. A partir desse momento, aproxima-se do órgão regulador de Obras Sociais e estabelece um referencial de atuação do psicólogo.

Este referencial delinea uma linha de atuação ou o esforço de desenvolvimento de um método coletivo de produção de conhecimento sobre a intervenção profissional em políticas públicas do psicólogo junto ao Centro de Referência em Serviço Social do Sistema Unificado de Assistência Social, doravante identificado pelas siglas CRAS/SUAS.

O CRAS é responsável pela oferta de serviços continuados de proteção social básica e de assistência social às famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

São as seguintes as características de uma atuação pautada num modelo social:

1. Atuar baseado na leitura e inserção no tecido comunitário, para melhor compreendê-lo, e intervir junto aos seus moradores;
2. Atuar para identificar e potencializar os recursos psicossociais, tanto individuais como coletivos, realizando intervenções nos âmbitos individual, familiar, grupal e comunitário;
3. Atuar a partir do diálogo entre o saber popular e o saber científico da Psicologia, valorizando as expectativas, experiências e conhecimentos na proposição de ações;
4. Atuar para favorecer processos e espaços de participação social, mobilização social e organização comunitária, contribuindo para o exercício da cidadania ativa, autonomia e controle social, evitando a cronificação da situação de vulnerabilidade;
5. Manter-se em permanente processo de formação profissional, buscando a construção de práticas contextualizadas e coletivas;
6. Atuar com prioridade de atendimento aos casos e situações de maior vulnerabilidade e risco psicossocial;
7. Atuar para além dos *settings* convencionais, em espaços adequados e viáveis ao desenvolvimento das ações, nas instalações do CRAS, da rede socioassistencial e da comunidade em geral (PSICOLOGIA, 2008).

Desde o ponto de vista conceitual, a ação do psicólogo e do assistente social e as diretrizes do Ministério de Desenvolvimento Social unem-se na reabilitação psicossocial, de um lado e de outro, na promoção da cidadania e do protagonismo político.

Deslocando a discussão da atuação do psicólogo para a teorização, a partir da análise da literatura, percebe-se que as práticas nas equipes matriciais, em particular, pedem a integração de abordagens interdisciplinar e transdisciplinar. Em um segundo nível, fica entendido que há que se construir teorias que também integrem visões sistêmicas e transcendam os aspectos pessoais para responder a estas práticas. Em um terceiro momento, a produção teórica do próprio Conselho Federal dos Psicólogos já vinha

denunciando a necessidade deste caminho a ser percorrido. E, finalmente, é necessário receber informações sucintas de uma experiência dentro de um dos modelos teóricos solicitado, o sistêmico, que podem dar resposta mais satisfatória aos princípios solicitados pelo SUS.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 -2), em seu documento básico de orientação sobre Equipe de Referência e Apoio Matricial, estabelece que nesta modalidade de tratamento, além de se reunirem profissionais de diferentes áreas do conhecimento, solicita que atuem de modo transdisciplinar. A definição de Equipe Matricial pelo Ministério da Saúde delineia que é um arranjo organizacional para o trabalho em saúde, onde uma equipe de especialistas presta apoio transversal às unidades de referência e seus usuários em sua área de competência, visando potencializar novas subjetividades. Justifica, então, que isto permite a expressão dos saberes, desejos e práticas profissionais, bem como um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada sujeito usuário. Esta solicitação do Ministério da Saúde pede um projeto bastante arrojado de Psicologia como visão e como abordagem.

O próprio autor da idéia de equipe matricial denomina-a de Teoria Paidéia (CAMPOS, 2006-3). Escreve que os fenômenos sociais e, entre eles, inclui a saúde e o adoecimento das pessoas e dos grupos sociais, dependem de uma multiplicidade de fatores. Estas multiplicidades vão desde agenciamentos internos, gerados nos próprios indivíduos a outros localizados em fontes externas. Ao mesmo tempo, mostra a singularidade do humano em que este sofre a influência e é influenciado pelo contexto social, econômico e político.

Nesta descrição dos fatores que atuam na díade saúde/doença, mostra um esforço sistemático de elaborar um amálgama de três produções teóricas de níveis diferentes. Para Campos (2006 - 3), a primeira revela que existe uma produção social dos fatos históricos, segundo novos marxistas como Gramsci. Num segundo momento, aceita a influência da teoria da complexidade como estabelecida por Morin e, finalmente, lança, como terceiro fator determinante do processo saúde/doença, a subjetividade como estabelecido, por exemplo, por Freud.

Propõe, assim, uma clínica ampliada quanto uma nova diretriz do vínculo

terapêutico entre equipe e usuários. Com o conceito de Clínica Ampliada Campos (2006) propõem alargar a capacidade de compreensão de si mesmo e das relações com a vida. A compreensão não deve se limitar aos problemas de saúde, mas identificar fatores capazes de potencializar o sujeito a reconstruir seu modo de vida. Explica que o inconsciente assim como Freud delineou é determinado pelos desejos assim como, também por valores ideológicos e políticos que influenciam o humano sem as pessoas se darem conta.

Confirmando o conceito de Clínica Ampliada escreve Cunha (2005) que os sujeitos (cuidadores e cuidados) estão imersos em uma teia de forças que, de certa forma os constitui. A vida é entendida como misturada. Ao se estabelecer o vínculo não existe um elemento preponderante universal ou particular, mas, umas alternâncias de relevâncias.

Para responder com coerência a este pedido de abordagens interdisciplinares e transdisciplinares além de Campos, com sua clínica ampliada recorre-se a Guattari, um terapeuta dissidente de linha lacaniana, que reinicia um novo modelo de pensamento baseado num paradigma por ele denominado ético-estético (1992) ou transdisciplinar. Uma das definições de transdisciplinaridade é a delineada por Nicolescu:

Transdisciplinaridade, como o prefixo “trans” indica, diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. Seu objetivo é a compreensão do mundo presente, para o qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento (NICOLESCU, 1999).

Guattari (1992) escreve que as suas competências para a clínica sofreram influência pelo fato de, na sua adolescência, ter participado de movimentos de extrema esquerda. Ainda, revela a necessidade de se “forjar uma concepção mais transversalista da subjetividade humana, que permitiria responder, ao mesmo tempo, às suas amarrações territorializadas idiossincráticas (territórios existenciais) e a suas aberturas para sistema de valor (universos incorporais) com implicações sociais e culturais” (GUATTARI, 1992, p.14).

Nesta mesma via de compreensão, Guattari (1992, p.16) cita Daniel Stern que, em seu livro *O Mundo Impessoal da Criança*, alega que as “fases do desenvolvimento infantil, no sentido freudiano, além de serem subjetivas e pré-verbais, são níveis de subjetivização que se manterão paralelos ao redor da vida”. Renuncia o conceito dos psicanalistas de que as fases oral, anal, fálica de latência e genital são universais e estruturais da subjetividade.

Trabalhando com pessoas rotuladas de psicóticas na Clínica de La Borde, na França, denomina o seu trabalho de Psicoterapia Institucional. Cita como exemplos certos doentes psicóticos de origem agrícola, de meio pobre, que serão levados a praticar artes plásticas, teatro, vídeo e música, alegando que estes eram universos que lhes escapavam. Em contrapartida, burocratas e intelectuais com vivências psicóticas se sentirão atraídos por um trabalho material, na cozinha, no jardim e na cerâmica.

Para Guattari (1992, p. 169), o ser humano contemporâneo é fundamentalmente “desterritorializado, mas, o que se pode é reconstituir uma relação particular com o cosmos e com a vida e, se recompor em sua singularidade individual e coletiva”.

Ainda afirma que é uma injustiça separar a ação sobre a *psique* e daquela sobre o social e o ambiente, pois existe uma inadequação das práxis sociais e psicológicas e também uma cegueira quanto ao caráter falacioso da compartimentalização de alguns domínios do real.

E, em resumo, propõe Guattari (1990) que “reterritorializando a família em grande escala (pela mídia, os serviços de assistência, os salários indiretos...), tentar-se-á ao máximo aburguesar a subjetividade operária” (GUATTARI, 1990, p.48).

O conceito de território é inerente ao sistema de saúde do Brasil. Segundo Mendes et al (1995), existem pelo menos duas correntes de pensamento que apreendem de forma diferente o conceito de território. A primeira corrente entende-a como um espaço físico, sendo os critérios geopolíticos que determinarão um modo de atuação. A segunda corrente vê o distrito como um processo em permanente construção, onde o território não está nunca acabado. Este é produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política.

Outro autor, com uma visão e uma abordagem passíveis de responder

com fidelidade aos princípios solicitados pela nova abordagem à saúde, é Salvador. Este mostra que todo reducionismo psicológico presente no ato educativo pode ser trasladado. Este modelo de pensamento em Psicologia da Educação pode ser transportado para o ato psicológico presente na Saúde.

Para Salvador (1999), as concepções atuais em Psicologia entendem a Saúde como um simples campo de aplicação do conhecimento psicológico, isto é, aplicam conhecimento psicológico já existente ou gerado em outras áreas ou parcelas de pesquisas psicológicas para o estudo do fenômeno da saúde. Essas teorias oscilam entre teorias com proposições claramente reducionistas, tendo como exemplo a psicanálise, a terapia cognitiva e o comportamentalismo. E, passando, logicamente, por proposições intermediárias como o próprio movimento sistêmico ou de terapia de família. A partir desta proposição, o autor ressalta a necessidade de renunciar à aproximações parciais e reducionistas.

Propõe, ainda, que haja a passagem de uma Psicologia simplesmente aplicada para uma Psicologia denominada ponte, sendo que, o símbolo de estabelecer pontes entre as diversas ciências tem sido o principal objetivo da interdisciplinaridade. Esta, como uma disciplina-ponte ficaria situada a meio caminho entre a Psicologia e a Saúde. Isto significa dizer que preserva estreitas relações com as áreas da pesquisa psicológica e com o conjunto das disciplinas que se dedicam ao fenômeno da saúde.

Uma Psicologia como disciplina-ponte em Saúde teria como objeto de estudo o próprio contexto da saúde. Teria também que gerar conhecimentos novos sobre este objeto de estudo. Essa Psicologia teria como finalidade estudar o comportamento, os processos psicológicos e os valores gerados nos diferentes atores responsáveis pelo ato da saúde e na Saúde.

Salvador (1999) escreve, ainda, que as relações de uma Psicologia denominada ponte seriam tanto com suas origens como com as outras ciências, não de dependências e unilateralidades, mas sim de interdependência e nas duas direções. A Psicologia da Saúde se fosse assim construída, continuaria aceitando as contribuições da pesquisa psicológica básica, mas também contribuiria com as interpretações do conhecimento humano gerados em situações de saúde. Isto é, concederia à Psicologia uma identidade própria para a Saúde e uma aproximação multidisciplinar.

Então, uma Psicologia própria da Saúde teria como objeto de estudo os processos de mudança de comportamento e valores humanos que se produzem nas pessoas como fruto de suas relações em atividades de saúde (SALVADOR, 1999).

Fazendo uma passagem das teorizações e abordagem ao ato psicológico na Saúde, percebe-se que o órgão de classe dos psicólogos vem exercendo o papel por ele denominado de articulador. O Conselho Federal de Psicologia revela, em dois documentos separados no tempo de aproximadamente doze anos, a sua preocupação com a prática do profissional de Psicologia.

No ano de 1994, edita pela Casa do Psicólogo o livro: *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. Neste, faz referência sobre um Programa de Estudos e Debates sobre a Atuação e Formação do Psicólogo, no ano de 1984, realizado dez anos atrás, em 1974. Mostra também a sua preocupação de fornecer subsídios às universidades, ao MEC e ao Conselho Federal de Educação para elaboração de um novo currículo de Psicologia. Reconhece, neste mesmo documento, que as críticas ao modelo de formação do psicólogo eram largamente apontadas na literatura.

O capítulo denominado *Concepções e Atividades Emergentes na Psicologia Clínica: implicações para a formação*, Achcar (1994) mostra que o fazer clássico, a clínica tradicional é principalmente voltada para o indivíduo. Em um segundo momento, solicita uma mudança nos referenciais teóricos, com inclusão do contexto social na concepção do humano. Em um terceiro momento, mostra que para o psicólogo se incluir na rede básica de Saúde teria que ter uma formação diferente e desapegar-se de lidar com “distúrbios psicológicos”.

Estabelece uma relação de demandas colocadas ao psicólogo:

1. Construção de modelos alternativos de atenção na promoção da saúde;
2. Atendimentos a segmentos da população anteriormente excluídos;
3. Revisão das concepções de construção da subjetividade e de ‘aparelho psíquico’.
4. Compreensão de diferentes processos de socialização;
5. Levantamento de demandas que extrapolam o plano individual;

6. Exercício de funções gerenciais ou de coordenação;
7. Entendimento do processo biopsicossocial envolvido no processo saúde-doença;
8. Trabalhar aspectos ideológicos e sociais que geram estigma;
9. Atendimento integrado a outros saberes para a compreensão do fenômeno clínico;
10. Necessidade de vincular seu trabalho a objetivos institucionais;
11. Postura crítica a saberes gerados em outros contextos culturais (ACHCAR, 1994 p.73).

Recomenda, ainda, uma mudança na prática clínica clássica com flexibilização do *setting*, significando este termo “conjunto de estratégias e ferramentas; pluralidade de recursos, procedimentos e técnica e uma permeabilidade entre as diferentes concepções teóricas”. Como orientação final, propõe uma passagem por uma “síndrome de desespecialização” para se chegar a uma atuação na atenção básica.

Coerente com este pensamento de desespecialização, escreve D’Ambrósio (1997) que o pensar disciplinar, resultante do método proposto por Descartes, permitiu atingir uma capacidade de penetrar profundamente em estreitos campos de reflexão. Fala-se em áreas, subáreas em sub-subáreas do conhecimento. Assim como, ao se descer num poço, a percepção ao redor vai ficando cada vez mais difícil, a visão do todo ou *holos* torna-se cada vez mais prejudicada. Porém, o modelo de pensamento racionalista advindo de René Descartes foi necessário à evolução do pensamento ocidental.

Um segundo documento elaborado para o 1º Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública com contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS foi publicada pelo Conselho Federal de Psicologia em 2006 (CPF 2006). Naquele momento, convidava os filiados para discutirem a política de saúde. Foram discussões regionais com a intenção de serem levadas a uma plenária nacional. Estes eventos ocorreram nas regiões, e, posteriormente em nível nacional. Definiu-se que era necessário repensar a formação acadêmica, pois esta formação era descontextualizada. O psicólogo tinha dificuldade de se adequar às novas propostas ideológicas do SUS.

Na confirmação da efetividade de uma inter-relação do sistema formador com a prática do profissional em Saúde, convém relatar a experiência do curso de Psicologia da UNIDERP, sediada na cidade de Campo Grande, Mato

Grosso do Sul, como exemplo a ser seguido. Benites et al (2006) relatam que em 2000 foi iniciado o curso de Psicologia da UNIDERP com metodologia na aprendizagem baseada em problemas. Nessa modalidade de aprendizagem, o ensino fica centrado na comunidade e na forma de módulos temáticos, abandonando-se a lógica disciplinar clássica. Os universitários integram, desde os primeiros anos da formação acadêmica, uma equipe de serviços de saúde, que visa provocar e estimular a reflexão sobre a dimensão sociopolítica e cultural.

Ao comparar a visão do psicólogo no ato da matrícula com a da época de conclusão do curso, os concluintes da UNIDERP mostram contextualização política, econômica, social da profissão e da sociedade. Demonstram também que, quando se quebram as barreiras das disciplinas e integram-se áreas do saber, permite-se que os docentes construam um sólido conhecimento científico (BENITES et al,2006).

Retorna-se, então, a Campos (2006 - 3), que é mentor do conceito de Equipe Matricial. Conceito este embasado no método denominado de Paidéia, que é um recurso elaborado para aumentar o coeficiente de intencionalidade dos sujeitos viventes. Acredita na evidência, indicando a existência de uma co-produção de acontecimentos e uma co-constituição de sujeitos e suas organizações. Existe também uma co-responsabilidade pela constituição de contextos singulares. Na tentativa de representar a complexidade de percursos possíveis na constituição dos estados de saúde de indivíduos e coletividades, lança a idéia de três campos de co-produção do processo de saúde/doença/intervenção. O primeiro nível particular ou da imanência do sujeito; o segundo nível ou do movimento reflexivo: compreensão de si mesmo e do mundo; e um terceiro nível do universal que transcende o sujeito.

Segundo Campos (1999), esta modalidade de arranjo de tratamento vem sendo proposta e experimentada desde o ano de 1989. Este arranjo organizacional para o trabalho em Saúde denomina-se equipe de referência, com o apoio especializado de equipe matricial ou, reduzidamente, equipe matricial. Acredita o autor que esta reordenação potencializará novas subjetividades entre os atores da Saúde.

Apoiando-se teoricamente em Marx, Engels, Guattari e Rolnik, postula Campos (1999) a produção de novas subjetivações em substituições àquelas

centradas no corporativismo e na alienação do trabalho. Supõe também que uma reordenação do vínculo terapêutico estimularia um novo e maior nível de responsabilização entre equipe e usuários da Saúde.

Segundo Campos (2007), o apoiador matricial é um profissional da Saúde que tem um conhecimento diferente do profissional da equipe de referência, mas que pode agregar recursos e intervenções que aumentam a capacidade de produzir saúde. Procuraria também estabelecer comunicações e compartilhar conhecimento entre os profissionais de referência.

Uma abordagem transdisciplinar das práticas e dos saberes possibilitaria uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico (CAMPOS, 1999), assim como estimularia a produção de novos padrões de inter-relação entre equipes e usuários, ampliando o compromisso dos profissionais com a saúde. (ver Anexo C).

Em uma região, organizar-se-ia o apoio matricial dos especialistas a determinado número de equipes de referência em caso de haver um número menor de profissionais do que o necessário ao atendimento da população. O ideal seria ter um profissional de cada área para cada Unidade de Saúde ou ESF. Esta é uma lógica idêntica aos consórcios intermunicipais. Quando um usuário, família ou comunidade se torna cliente em nível transversal de uma equipe matricial, a responsabilidade horizontal pelo caso continua também e por excelência com a equipe de referência.

Este sistema permitiria valorizar todas as profissões da Saúde, conservando a identidade de cada uma delas, assim como empurrando para superar uma atitude burocratizada. A articulação matricial destas profissões seria suficiente para assegurar integração e coerência para o trabalho em saúde (CAMPOS, 1999).

Segundo o autor, poderiam ser ofertados pela equipe de Psicologia, em particular, além de seu trabalho especializado, trabalho em grupo, Educações em Saúde, caminhadas terapêuticas, ginásticas para a terceira idade, dentre outras atividades.

No dia 24 de janeiro de 2008, o Ministro de Estado da Saúde, Dr. José Gomes Temporão, pela Portaria GM N° 154, cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que tem o objetivo de ampliar as ações da atenção básica, apoiando a Estratégia de Saúde da Família. O psicólogo está incluído no corpo

de profissionais que compõe o NASF, legalizando a equipe matricial.

A intenção do presente trabalho é analisar a atuação dos psicólogos sob a perspectiva das Equipes Matriciais, tomando como amostra os Distritos Sanitários da cidade de Curitiba.

### **3 METODOLOGIA**

Para a execução desta pesquisa exploratória a análise descritiva foi a opção de escolha como caminho metodológico, por melhor traduzir a percepção da assistência pelos profissionais da Saúde.

Para Minayo (2000), esta metodologia pode ser definida também pelo seu objeto, que é encontrar a questão do significado e a intencionalidade que são inerentes aos atos, às relações sociais e as estruturas sociais enquanto construções humanas revestidas de sentidos. Acredita Minayo (2000) que esta linha metodológica leva em conta os níveis mais profundos das relações sociais. Fica entendida como implícita uma valorização de aspecto subjetivo.

Para Flick (2004), a metodologia descritiva pode ser vista em quatro tendências: retorno ao oral, retorno ao particular, retorno ao local e retorno ao oportuno em seu contexto social e histórico. Descreve ainda como um processo contínuo de construções da realidade.

#### **3.1 Locais de estudo**

##### **3.1.1 Perfil de Curitiba**

Curitiba, cidade sede desta pesquisa, é a capital do Paraná, um dos três Estados que compõe a Região Sul do Brasil, com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2007), de 1.818.948 habitantes. Sua divisão territorial é composta de 75 bairros e nove regionais administrativas. Cada regional administrativa possui um Distrito Sanitário. O seu clima é temperado. Seu relevo é levemente ondulado e está a 934 metros acima do nível do mar. Tem um dos maiores índices de áreas verdes do Sul do país: 52 metros quadrados por habitante. Seu sistema viário chegou a exportar conhecimentos e tecnologia para países do primeiro mundo (ver Anexo A).

### 3.1.2 Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é o órgão responsável pela rede municipal de Saúde e matriculou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme a NOB-SUS96, em 1998. Atualmente, a rede própria é composta de 133 Equipamentos<sup>1</sup> de Saúde (ver anexo D), sendo que, destas, 51 são Unidades Básicas de Saúde (UBS); 52 UBS com Estratégia de Saúde da Família; 11 Unidades Complexas; 9 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 8 Centros Municipais de Urgência Médicas – CMMs; 1 Hospital Geral e Maternidade (Centro Médico Comunitário Bairro Novo); e 1 Laboratório Municipal de Análises Clínicas. A Secretaria de Saúde está dividida em nove distritos sanitários que são estruturas da Secretaria inseridas nas nove regionais administrativas. Cada distrito mantém sob sua coordenação Unidades Básicas de Saúde com e sem estratégia de saúde da família.

Os distritos administram também os órgãos de coordenação de informação, coordenação de assistência e coordenação de vigilância sanitária. As UBS são interligadas a um sistema de prontuário eletrônico que atende aos serviços de saúde. Curitiba conta com 131 equipes de saúde da família. A porta de entrada para o sistema são as UBS. Em horários especiais ou em urgência e emergência, os usuários acessam o Sistema de Saúde pelas Unidades de Saúde 24 horas.

Nas UBS com estratégia de saúde da família (ESF), toda equipe é generalista, desenvolvendo os princípios da saúde da família (SF), onde a abordagem é interdisciplinar, e a visão é sistêmica. O vínculo é centrado no indivíduo e em evolução para contexto psicossocial; o profissional deve ser autodidata e advogar pela comunidade melhores políticas de saúde. Valoriza-se, então, a relação multiprofissional com o indivíduo, família e território na manutenção da saúde (MOYSÉS, 1999). (ver Anexo C).

Descrição do organograma: A equipe matricial de Saúde Mental e os respectivos componentes (psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e ou enfermeiro) ficam lotados no distrito sanitário.

1. Equipamentos na Prefeitura de Curitiba referem-se aos espaços físicos de atendimentos.

A partir desta lotação geográfica, fornecem apoio a certo número de equipes de unidades básicas de saúde com e sem ESF. Este apoio é extensivo a familiares e usuários de uma zona adstrita.

Estando sediados no distrito sanitário, estão sob a Coordenação de Assistência do distrito sanitário. A equipe matricial está também com um vínculo de responsabilização com a Coordenação de Saúde Mental. O distrito ao qual a equipe matricial está sediada tem vinculação com os dois Superintendentes e com o Secretário da Saúde.

As UBS sem ESF possuem um território sob sua responsabilidade, onde desenvolvem ações, visando o controle das doenças. As UBS com ESF têm seu território subdividido em micro-áreas sob responsabilidade das equipes de ESF. É esperado que essas equipes multiprofissionais promovam a saúde, priorizando o indivíduo e a família no seu contexto comunitário, na expectativa de contribuir na superação de agravo à saúde e conectá-los aos recursos da comunidade, visando promover melhor qualidade de vida (SOUZA, 2003).

Estes nove distritos sanitários, que são estruturas inseridas nas nove regionais administrativas que compõem a cidade de Curitiba podem ser visualizados no mapa do Anexo B.

Apenas três distritos foram objetos desta pesquisa: Cajuru, centro direito de quem olha o mapa, Bairro Novo e Pinheirinho, localizados na parte baixa do mapa. A escolha destes Distritos se deu pela proximidade física da residência do pesquisador e de conhecimento pessoal pelo pesquisador de alguns técnicos dos referidos distritos. As características dos três distritos são apresentadas a seguir:

### **3.1.3 Caracterização dos distritos objetos da pesquisa**

Para Almeida (1998) o conceito de distrito pode ser compreendido de duas maneiras: a primeira é de uma concepção de construção do SUS no município e a outra refere-se a menor unidade de população ou território organizada pelo processo de planejamento e gestão.

Para a política municipal de saúde de Curitiba, resguardadas as devidas proporções cada um dos nove Distritos Sanitários são parcelas da

Secretaria Municipal de Saúde com gestão e funcionamento autônomos.

### **A) Distrito Sanitário do Cajuru**

O contacto do entrevistador com os psicólogos ocorreu muitas vezes as sextas-feiras pela manhã em uma sala na parte superior do Distrito Sanitário. Os psicólogos costumam se reunir sozinhos neste dia e neste horário. Com alguns dos psicólogos as entrevistas ocorreram em Unidades de Saúde no qual estavam lotados os psicólogos.

- Bairros: Cajuru, Capão da Imbuia, Guabirota, Jardim das Américas e Uberaba.
- População: 195.742 habitantes.
- Unidades Básicas de Saúde com Clínica Odontológica: 4.
- Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e com Clínicas Odontológicas: 6. Isto corresponde a 10% das U.S. existentes na cidade.
- Equipes de ESF: 23
- Centro de Especialidades: 01.
- Centro Municipal de Urgências Médicas: 01.
- Clínicas Psiquiátricas Credenciadas: 02
- Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas: 01.
- CAPS outros: 0
- Equipes Matriciais: 5
- Psicólogos: 5

### **B) Distrito Sanitário do Pinheirinho**

Neste Distrito apenas um psicólogo fez parte da pesquisa e, além disto, o mesmo se locomovia para se juntar com outros psicólogos nos dois outros Distritos. Alegava que era importante estabelecer relações com psicólogos de outros Distritos.

Este Distrito é composto pelos equipamentos, equipes e serviços abaixo discriminados:

- Bairros: Campo Santana, Capão Raso, Caximba, Pinheirinho e Tatuquara.

- População de 130.214 habitantes.
- Unidades Básicas de Saúde acompanhadas de Clínicas Odontológicas: 5
- Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família com Clínicas Odontológicas: 9.
- Equipes de ESF: sem informação
- Centro de Especialidades: 0
- Centro Municipal de Urgências Médicas: 01.
- Clínicas Psiquiátricas Credenciadas: 0
- CAPS infantil: 01.
- CAPS outros: 0
- Equipes Matriciais: 4
- Psicólogos: 4

### **C) Distrito Sanitário do Bairro Novo**

O pesquisador se encontrou com os três psicólogos deste Distrito em uma sala na qual os psicólogos dividiam com outros profissionais. Os profissionais eram um Fisioterapeuta e uma Terapeuta Ocupacional. Porém apesar de estarem na mesma sala os seus trabalhos eram individualizados. Alegavam inclusive que sentiam falta de um espaço mais privativo do serviço. Esta sala fica no próprio Distrito Sanitário.

Este Distrito é composto pelos equipamentos, equipes e serviços abaixo discriminados:

- Bairros: Ganchinho, Sítio Cercado e Umbará.
- População: 124.330 habitantes.
- Unidades Básicas de Saúde com Clínicas Odontológicas: 0.
- Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família com Clínicas Odontológicas: 11.
- Centro de Especialidades: 01.
- Centro de Emergências Médicas: 01.
- Clínicas Psiquiátricas Credenciadas: 01 Ambulatório de referência.
- CAPS Álcool e Drogas: 01.
- CAPS II (Psicoses): 01.

- Equipes Matriciais: 3
- Psicólogos: 3.

### **3.1.4 Programa de Saúde Mental**

O Programa de Saúde Mental de Curitiba, em suas linhas programáticas, tem uma primeira versão datada de 1999. Este Programa foi reeditado com aprimoramentos desde o ano de 2002. Estabeleceu-se este novo Programa em 2002 com os objetivos de realizar a assistência aos portadores de transtornos mentais, preferencialmente fora dos hospitais; de se reduzirem internações; e de reinserir socialmente o cidadão em sua família e comunidade (CURITIBA, 2002).

Este Programa, ao descrever o processo de responsabilização, estabeleceu que fossem compartilhados entre indivíduos, família, grupos sociais e programas especializados.

Ainda, nesta linha de construção do Programa, aparece uma terceira versão. Esta é também uma coletânea de textos referindo-se às experiências em andamento. Começa com a História e Construção do Modelo de Saúde Mental, passando pela Promoção e Prevenção, Desintoxicação, Atenção a Criança, Adolescente e Idoso, ESF e Saúde Mental, Urgência e Emergência, Desintoxicação e Reinserção e, finalmente, termina com a História do bairro do Boqueirão. Afirmam Venetikides et al (2003) que o grande desafio deste modo de promover a saúde é desenvolver tanto na família quanto na equipe de saúde, criando uma aliança que propicie o mútuo enfrentamento dos problemas trazidos pela situação de sofrimento.

No aspecto operativo, o Programa de Saúde Mental usa as Unidades Básicas de Saúde como a primeira referência, local de vinculação e acompanhamento ao usuário com problema emocional. Esse programa conta com os seguintes equipamentos: 5 Residências Terapêuticas; 9 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 7 Ambulatórios de Saúde Mental; 3 Ambulatórios para Tabagismo; e 4 Hospitais com as modalidades Dia e Integral.

Ate o final do ano de 2008 o pesquisador em visita ao órgão da estância do Estado acompanhador das Políticas de Saúde do município foi informado que Curitiba não tinha se candidatado ao Programa do Núcleo de Apoio a

Saúde da Família (NASF).

### **3.2 Sujeitos da pesquisa**

A Secretaria Municipal de Saúde tem um contingente de 45 psicólogos em toda sua rede. São em número de quatro a seis psicólogos para cada distrito, lotados na modalidade de equipe matricial. Os trabalhos desses profissionais estão sob dupla responsabilização, sob a orientação da Coordenação de Saúde Mental, a qual fica sediada junto ao prédio central da Secretaria de Saúde, assim como nos distritos onde estão sob a tutela da coordenação de assistência. Foram escolhidos, inicialmente, para pesquisa os cinco psicólogos dos Distritos de Saúde Cajuru, e quatro psicólogos do Distrito da Matriz. Porém, por problemas funcionais, os quatro psicólogos da Matriz foram substituídos por três psicólogos do Distrito do Bairro Novo e por um psicólogo do Distrito Pinheirinho. Para Wenetikides et al (2003), as equipes de Saúde Mental dos distritos sanitários deveriam ser formados por psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros e a coordenação deveria contar com psicólogos e psiquiatra.

### **3.3 Instrumento**

Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada (ver Apêndice D). O roteiro da entrevista foi definido segundo os objetivos gerais e específicos, e tiveram como conteúdos orientadores questões relacionadas à atuação do psicólogo além dos aspectos estruturais presentes nas equipes matriciais e descritos na literatura.

Conforme escreve Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados, pois, além de valorizar a sua presença, fornece condições de liberdade e espontaneidade.

Discorrendo ainda sobre a entrevista semi-estruturada, Triviños (1987) escreve que elas são resultado não só da teoria que alimenta a ação do

investigador, mas também de toda informação que já colheu sobre o fenômeno social que interessa.

Escrevendo sobre os tópicos das entrevistas, o autor mostra que as perguntas de cunho histórico-crítico ou dialético podem denominar-se de explicativas ou causais, pois têm o objetivo de determinar as razões imediatas ou mediatas do fenômeno social. As entrevistas podem significar verdadeiro processo de conscientização, tendente a esclarecer as possibilidades de transformação de determinado fenômeno.

Nesta mesma linha de raciocínio, Minayo (2000) aponta que os modelos culturais são revelados numa entrevista através da palavra falada, e eles refletem o caráter histórico e específico das relações sociais.

### **3.4 Coleta de dados individuais**

Foram utilizadas duas modalidades de técnica de coleta de dados: entrevistas semi-estruturadas individuais e a técnica do grupo focal, com intencionalidade devolutiva e coletora. Para explicar Grupos de Foco, Flick (2004) cita Morgan (1988, p.12.), que assim escreve: *“A marca distintiva dos grupos de foco é o uso explícito da interação do grupo para a produção de dados e insights que seriam menos acessíveis sem a interação encontrada em um grupo”*.

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada individualmente com cada um dos nove psicólogos e, em geral, nos Distritos de Saúde nos quais os psicólogos estavam lotados. Mas, com um dos psicólogos, esta pesquisa foi realizada em um dos postos no qual presta apoio matricial. As entrevistas ocorreram entre janeiro e maio do ano de 2008. Também, assim como escreve Triviños (1987), estas tiveram uma duração de, no máximo, trinta minutos para não se tornarem repetitivas ou empobrecerem o próprio relato. Estas entrevistas foram gravadas e imediatamente transcritas, senão poderiam exigir mais atenção e fragmentação do pesquisador ao analisá-las em momento posterior.

### 3.5 Levantamento e pré-análise das entrevistas individuais

Após a coleta individual, foram feitas leituras flutuantes, busca de significações, categorizações e subcategorizações, por relevância ou repetição, e arranjos para inferência dos conteúdos presentes nas entrevistas individuais. Foram usadas, para fins de ordenação dos dados, as Grelhas de Bardin (2004). Escreve esta autora que esta modalidade de análise reúne os diversos resultados num plano só, e é susceptível de fazer surgir dados suplementares. Também permite visualizar certos tipos ou modelos de comportamentos emocionais mais ou menos conscientes. Mas, como fala Minayo (2000), no trabalho com os dados levantados, tentou-se encontrar a significação e a intencionalidade inerente a esses atos.

Então, quatro grelhas foram construídas, correspondendo a cada uma das quatro questões que compunham o roteiro de entrevista aplicado aos psicólogos (ver Apêndices G, H, I, J).

Estas grelhas possuem duas colunas verticais maiores que receberam o nome de *Preconizadas*, termo válido para as três primeiras grelhas situadas do lado esquerdo da página. Esse termo se refere às categorias encontradas na literatura que embasaram este estudo. No lado direito da página, está a segunda coluna, denominada *Pesquisada*, referindo-se àquelas categorias encontradas durante a pesquisa com os psicólogos.

De um modo geral, com base nas categorias preconizadas encontradas na literatura especializada, foram sendo computadas as categorias encontradas nos relatos individuais, denominadas então de *Pesquisadas*.

Essas grelhas também foram preenchidas, obedecendo-se a uma segunda modalidade de levantamento dos dados ou aqueles conteúdos de significados. Pode também ser denominado de levantamento de dados por intencionalidade subjacente. Procuraram-se, nessa segunda modalidade, (MINAYO, 2000), o significado e a intencionalidade inerente às relações sociais. Nesta modalidade, as respostas também são reunidas ao redor das quatro perguntas presentes no ato da entrevista. Os relatos com semelhanças de mensagens foram sendo agrupados em categorias que representam um relativo consenso ou semelhanças entre as respostas emitidas. Tentou-se

representar o conteúdo latente, presente nas respostas semelhantes. As categorias são palavras-chave, ou seja, palavras que se espera, neste momento, significar uma síntese de um pensamento ou uma idéia (ver Apêndices G, H, I, J – Grelhas: X, Y, Z e N).

### **3.6 Coleta de dados e devolutiva para os grupos**

Como escreve Minayo (2000), a discussão em grupo deve ser valorizada como abordagem qualitativa. Assim, a discussão em grupo teve uma função complementar às entrevistas individuais e é uma técnica de inegável importância para se tratar das questões da Saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo das representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

Com o duplo objetivo de devolver os conteúdos obtidos ao grupo e obter novos conhecimentos advindos deste ato, a técnica do grupo focal foi realizada em dois momentos. As quatro grelhas construídas, obedecendo-se ao modelo de Bardin (2004), advindas das entrevistas individuais, foram usadas neste momento. Havia-se estabelecido no Projeto de Pesquisa que se iria aproveitar a reunião dos psicólogos com a Coordenação de Saúde Mental, que já vinha acontecendo regularmente, uma vez por mês, para se fazer esta Devolutivo-Coletora, doravante denominada D. C. Porém, como a Coordenadora de Saúde Mental tinha realizado um encontro com suas equipes em um período de tempo pouco anterior à fase D.C., este ato não ocorreu como programado. Foi realizado alguns dias depois. À D.C. em grupo compareceram cinco psicólogos. Esta foi realizada num órgão público da Saúde de nível estadual denominado Hemepar. Sexta-feira, pela manhã, foi o dia escolhido, já que existia uma tradição no Distrito Cajuru de encontro dos psicólogos naquele dia da semana, aproveitando-se, então, a rotina já estabelecida. Quatro psicólogos que compareceram eram do Distrito Cajuru e um do Distrito Pinheirinho. Este último, apesar de não ter dito que havia um dia preferencial para reuniões, sugeriu que seria produtivo se encontrar com psicólogos de outro distrito. Ele

era o único do seu distrito. Afirmou que aprenderia nessa reunião com psicólogos de outro distrito. Um psicólogo do Cajuru não compareceu. Foi explicado pelos colegas de trabalho que, por questões pessoais, ele não poderia participar daquela reunião.

Na devolutiva, o pesquisador apresentou os seus dados pesquisados, utilizando recursos audiovisuais. As respostas dos psicólogos foram gravadas e imediatamente transcritas, como nas entrevistas individuais.

Foi estabelecida, então, uma segunda D.C., respeitando-se a rotina já determinada entre os três psicólogos do Distrito do Bairro Novo (ver Apêndice F), pois os psicólogos daquele Distrito, assim como os do Distrito citado anteriormente, tinham uma tradição de encontro da equipe às segundas-feiras pela manhã. Assim ocorreu a D.C. do segundo grupo. Os dois psicólogos do Distrito do Bairro Novo, por problemas de horário, não estiveram presentes nesta segunda etapa.

Para este segundo grupo de dois psicólogos, foi feita uma devolutiva e solicitado que enviassem o resultado por e-mail, pois, tendo-se cumprido o roteiro de pesquisa, anteriormente estabelecido, usou-se o recurso do retorno por e-mail com os dois psicólogos restantes, como uma terceira modalidade de coleta. O terceiro psicólogo, nesta segunda devolutiva em grupo, por razões pessoais, também não esteve presente.

### **3.7 Levantamento e análise dos dados obtidos na coleta grupal**

Para fins de ordenação dos dados nas quatro grelhas da D.C., foi usada a primeira coluna vertical do lado direito de quem olha as grelhas. Sendo que, as respostas da segunda D.C., dos dois psicólogos que se prontificaram a responder pela segunda vez, têm o sinal de 2º (segundo) antecedendo às respostas emitidas. E, logo após as respostas emitidas, está a identificação do psicólogo, logo abaixo das respostas da 1ª D.C.

Tanto a análise da primeira como da segunda coleta em grupo foram feitas como nas coletas individuais, leituras flutuantes, busca de significações, categorizações e subcategorizações por relevância ou repetição e arranjos

para inferência dos conteúdos presentes nas entrevistas. E, à medida que se fazia a análise das respostas em grupo, elas foram justapostas ao lado dos comentários individuais. Novamente, como escreve Minayo (2000), no trabalho com os dados encontrados, tentou-se encontrar a significação e a intencionalidade inerente a esses atos.

### **3.8 Aspectos éticos**

Antes de se proceder a pesquisa, o projeto foi submetido a uma série de aprovações. O primeiro encaminhamento foi feito ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, conforme Anexo F, sendo aprovado com o Parecer nº 593/07 e, finalmente, esteve também sujeito à aprovação do Comitê de Ética, Estágios e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, conforme Anexo G.

No início do andamento da pesquisa, as chefias dos três Distritos Sanitários e a Coordenadora de Saúde Mental do Município foram oficialmente informadas da respectiva pesquisa. O Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Curitiba enviou cópias do Projeto de Pesquisa aos três Distritos Sanitários. Os sujeitos pesquisados tiveram a oportunidade de se inteirar do projeto antes de se submeterem ao processo de pesquisa. Houve a recusa de um psicólogo na participação da pesquisa.

Após as informações essenciais, quando deram seu Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), os psicólogos que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados em período escalonado.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é composto, inicialmente, da caracterização dos sujeitos da pesquisa e, em seguida, apresenta e discute os resultados obtidos na coleta de dados. A apresentação e discussão dos resultados estão organizados por categoria e subcategorias de acordo com o proposto na literatura especializada. As categorias estudadas são, basicamente, quatro: concepções e percepções da organização das equipes matriciais, atuação do psicólogo nas equipes matriciais, dificuldades de atuação dos psicólogos nas equipes matriciais e aspectos objetivos e subjetivos necessários à atuação nas equipes matriciais. As categorias são, muitas vezes, compostas de subcategorias. Para as categorias e subcategorias, em geral, existem alguns passos, começando com uma conceituação, uma explicação, as falas dos sujeitos e, em algumas delas, uma discussão. Em outras categorias, a discussão é feita em grupo, dada a simplicidade do conteúdo que representa a categoria ou subcategoria.

### 4.1 Caracterizações dos sujeitos da pesquisa

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Tempo Formado</b>	<b>Tempo Prefeitura</b>	<b>Tempo Distrito</b>
Psicólogo(a)1	Masculino	34 anos	casado	8 anos	2 anos	2 anos
Psicólogo(a)2	Feminino	38 anos	divorciada	11 anos	6 anos	4 anos
Psicólogo(a)3	Feminino	32 anos	casada	5 anos	2 anos	2 anos
Psicólogo(a)4	Feminino	51 anos	divorciada	10 anos	6 anos	6 anos
Psicólogo(a)5	Feminino	43 anos	casada	20 anos	2 anos	2 anos
Psicólogo(a)6	Masculino	35 anos	solteiro	7 anos	6 anos	2 anos
Psicólogo(a)7	Feminino	27 anos	solteira	3 anos	2 anos	2 anos
Psicólogo(a)8	Feminino	47 anos	casada	24 anos	20 anos	11 anos
Psicólogo(a)9	Masculino	38 anos	casado	4 anos	2 anos	2 anos

Quadro 1 – Caracterizações dos sujeitos pesquisados.

Fonte: Entrevistas realizadas entre janeiro e maio de 2008.

A amostra, conforme tabela acima apresentada é composta de nove psicólogos. Sendo que, seis são do sexo feminino, e três do sexo masculino. Os psicólogos possuem uma idade média de trinta e seis anos. Quanto ao regime civil, cinco são casados, dois divorciados, e dois solteiros. A média de tempo de graduado é de dez anos; de trabalho no município é de cinco anos e dois meses; e no distrito é de três anos e seis meses.

#### **4.2 Concepções da organização das equipes matriciais**

Em relação às concepções das equipes matriciais, buscou-se na literatura termos que poderiam significar o principal conteúdo para organizar as categorias preconizadas. As categorias pesquisadas estão relacionadas aos dados coletados individualmente e no grupo.

As categorias preconizadas são em número de duas, denominadas: “novo arranjo organizacional” e “abordagens”, além disso, foi incluída uma categoria que emergiu das falas coletadas denominada “construção teórica”. Um aspecto importante na construção das concepções das equipes matriciais está no fato de que, quando questionados sobre estes termos, os profissionais relataram, principalmente, estar em construção teórica. No entanto, ao analisar as práticas desenvolvidas por estes profissionais, pode-se perceber que eles de fato trabalham com a concepção sem o saber teórico.

##### **4.2.1 Novo arranjo organizacional**

A categoria ***novo arranjo organizacional*** implica novos padrões de relacionamentos entre os próprios profissionais da Saúde com os usuários.

A partir da coleta dos dados, percebeu-se que elas poderiam ser agrupadas em três blocos de comportamento semelhantes. Apoiados em Campos (1999), definiu-se estes blocos de: *atendimento transversal*, significando que se atenderia a várias equipes de referência e os seus usuários no sentido horizontal, com uma concordância trilateral de usuários, equipe de

referência e equipe matricial; co-responsabilização de equipe e usuário, significando que a equipe matricial ficaria responsável pela equipe de referência e os seus usuários, sendo os usuários primeiramente de responsabilidade da equipe de referência, e potencialização de novas subjetividades, significando formação de outra subjetividade profissional centrada na abertura para o diálogo e na capacidade de assumir compromisso com a saúde dos usuários.

#### **4.2.1.1 Atendimento transversal**

O *atendimento transversal*, como subcategoria de um novo arranjo organizacional, tem o significado de atender a várias equipes de referências e seus usuários. Porém, este implica ajudar a estabelecer novos padrões de relacionamento entre os profissionais da Saúde e destes com os usuários. O profissional da Saúde Mental, preferencialmente, neste caso, o psicólogo, oferece uma relação no sentido cognitivo e afetivo às equipes de saúde e seus usuários. No conceito de usuários estão implícitos os cidadãos individualmente concebidos, suas famílias e grupos comunitários. Esta modalidade de atendimento que ocorre no campo psicológico implica uma reunião entre o assessor e os assessorados em um período de tempo pré-determinado. Como exemplo de assessoria, cita-se a pré-determinada, que ocorre numa hora por semana, durante três meses.

Nas falas a seguir, encontram-se três modalidades de atendimento transversal. Entende-se que a primeira e a segunda vem carregada de certa ambigüidade, e a terceira é coerente com o conceito de equipe matricial.

A primeira modalidade de *atendimento transversal* que vem carregado de uma ambigüidade começa a partir da relação que se estabelece entre os psicólogos e os Agentes de Saúde em Alcoolismo (ASAS). A informação de fornecer supervisão aos Agentes de Saúde em Alcoolismo aparece na coleta individual com a afirmativa do sujeito.

*“Nós, os psicólogos damos supervisão e coordenamos o trabalho dos Agentes de Saúde em Alcoolismo” (P8).*

*“Discutimos a abordagem, a maneira de trabalhar dos Agentes de Saúde em Alcoolismo” (P8).*

*“Nós psicólogos tentamos dar supervisão aos ASAS” (P6).*

Esta modalidade de atendimento é ambígua, porque o ASA aparece compondo a equipe matricial junto com o psicólogo, e ao mesmo tempo o psicólogo informa que fornece supervisão a este colega de equipe matricial, o que contraria o conceito de assessoramento a ser realizado para as equipes de saúde. O assessoramento psicológico exige certa distância, para que o assessor possa ter uma visão profissional.

A segunda modalidade de *atendimento transversal* carregado com ambigüidade é a que diz respeito à composição da equipe do NASF. A informação de que equipes matriciais são psicólogos e ASAS aparece no depoimento abaixo apresentado.

*“Em nosso distrito Equipe Matricial são psicólogos e Agentes de Saúde em Alcoolismo (ASAS)” (P2).*

A equipe matricial é composta de profissionais de nível superior. O ASA é um profissional da Saúde de nível elementar e médio. O Agente de Saúde em Alcoolismo não está incluído na equipe de saúde, tal como estabelecido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém, nas falas acima o ASA é dito como incluído na equipe matricial pelos pesquisados.

A terceira modalidade de *atendimento transversal*, coerente com os postulados das equipes matriciais e do NASF é a que se estabelece entre o psicólogo, equipe de saúde e os seus usuários.

*“Tentamos apoiar equipe para esta apoiar pacientes graves e equipes do E.S.F.”, “Ajudamos a baixar ansiedade da equipe”, “Tentamos ajudar equipe a pensar” (P7).*

Esta modalidade de atendimento é coerente com os postulados das equipes matriciais e do NASF porque estão presentes nas falas uma relação

com equipes de saúde e com usuários. Nesta relação está implícita uma intenção de ajudar a estabelecer novos padrões de relacionamento entre as equipes de referências entre si e com seus usuários.

A terceira fala dos entrevistados encontra justificativa teórica no conceito de atendimento transversal, de acordo com Campos (1999), e o constructo teórico e prático deste autor resgata uma prática denominada de supervisão institucional, que é uma das práticas da Psicologia Institucional. A Psicologia Institucional é definida por Guirado (1987) como uma forma de intervenção Institucional com significação social, na qual o objetivo geral é o de promover a saúde e o bem-estar dos integrantes das instituições, especificamente com as relações que ali se estabelecem.

A terceira fala dos pesquisados tem semelhança com o escrito de Brasil (2004-2), onde mostra que, nos novos arranjos organizacionais, a características da transversalidade podem estar presente. Entende-se por arranjos **transversais** aqueles capazes de produzir e estimular padrões de relações que perpassam os trabalhadores e usuários, facilitando a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção da saúde.

#### **4.2.1.2 Co-responsabilização de equipes e usuários**

A sub-subcategoria **co-responsabilização** significa um novo arranjo organizacional porque a equipe matricial tem sob sua responsabilização a equipe de referência e os usuários desta equipe. Porém, a responsabilidade dos usuários ainda continua de preferência com a equipe de referência. Pois, à medida que o profissional assessor consegue ler as carências dos seus supervisionados e fornece subsídios para suplantar essas necessidades, co-responsabiliza-se com os seus supervisionados. Ocorre a co-responsabilização junto com a equipe de referência dos usuários desta mesma equipe.

Na coleta individual os pesquisados demonstram uma diversidade de interesses que vão desde repassar saberes, atender dúvidas e apoiar equipes e usuários, reuniões com equipes e auxiliar na formação de grupos.

*“Repassamos saberes às unidades sanitárias”* (P1, P3, P4, P5, P6, P7 e P9).

*“Tentamos atender a dúvida de equipe e usuários”* (P6, P7 e P9).

*“Nosso objetivo é apoiar unidades de saúde”* (P2, P5 e P7).

*“Realizamos reuniões com equipes no distrito”* (P6 e P9).

*“Repassamos saberes aos usuários de saúde”* (P9).

*“Temos com objetivo apoiar equipe e esta apoiar pacientes graves” “Baixar ansiedade da equipe, ajudar equipe a pensar” e “Ajudar na formação de grupos”* (P7).

Na coleta em grupo, denotam uma intenção de supervisionar. Com a palavra “eles”, abaixo, (P4) se referia aos profissionais das Unidades de Saúde que lhes procuram auxílio.

*“Nós os psicólogos procuramos dar supervisão naquilo que eles têm dificuldade”* (P4).

As falas dos pesquisados nos mostra que a atuação ocorre em coerência com a Política Nacional de Humanização (BRASIL. 2004-2). Escreve, ainda, que por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que embasam esta atuação são a autonomia, a **co-responsabilidade** entre eles, vínculos solidários e a participação coletiva.

#### **4.2.1.3 Potencialização de novas subjetividades**

A subcategoria **potencialização de novas subjetividades** significa formação de outra subjetividade profissional, centrada na abertura para o diálogo e na capacidade de assumir compromisso com a saúde dos usuários.

Esta nova subjetividade pode ser percebida na fase da coleta em grupo, quando se fala das atuações do psicólogo. Este profissional mostra uma relação educativa que se transforma em relação terapêutica.

*“Então lá se foram sessenta e tantas reuniões... para algumas pessoas (usuários) que estão ali e, ele (o grupo) acaba sendo terapêutico” (P1).*

O psicólogo P1 estava discorrendo sobre as atividades em grupo com usuários do Sistema de Saúde que tinham um cunho educativo ou preventivo. Este grupo que se encontrava há, mais ou menos, sessenta reuniões e iniciou com o profissional fornecendo informações para os usuários, evoluiu para um grupo no qual começou a aparecer conteúdos afetivos. Neste momento, a sua atitude foi a de acolhimento dos conteúdos e o funcionamento coerente como um terapeuta. Instalou-se, tanto nos usuários como no psicólogo, novas categorias de respostas, de cunho afetivo e emocional. Escreve Campos (1999) que, ao se instituir processos facilitadores, haveria uma formação de outra subjetividade profissional, centrada no diálogo e na capacidade de assumir compromissos com a saúde dos usuários.

#### **4.2.2 Abordagens**

A segunda categoria, que diz respeito à questão da **abordagem**, palavra que significa o modo como se deveria trabalhar, é constituída de duas subcategorias. A multidisciplinaridade, que é um sistema que funciona através da justaposição das disciplinas. A interdisciplinaridade diz respeito a transferência de métodos de uma disciplina para outras. Uma outra abordagem que deveria aparecer, conforme preconizado na teoria é a transdisciplinaridade. O prefixo “trans” indica aquilo que está entre as disciplinas, através das disciplinas e além de qualquer disciplina. Um dos objetivos da transdisciplinaridade é a unidade do conhecimento (NICOLESCU, 1999).

##### **4.2.2.1 Multidisciplinaridade**

A multidisciplinaridade é a modalidade de abordagem na qual existe apenas uma justaposição das disciplinas. Isto significa que não existe um empréstimo de métodos de atuação de uma disciplina para a outra que permitiria uma ampliação do campo disciplinar.

Foi próximo a esta concepção de abordagem que os psicólogos mais

apresentaram respostas, tanto na coleta individual quanto na coletiva. A frase com mais frequência de definição de equipe matricial como composta de uma única disciplina é abaixo apresentada.

*“Equipe matricial são só os psicólogos aqui no Distrito Cajuru.” ( P8).*

Esta resposta mostra que a equipe matricial é composta de uma disciplina apenas, os psicólogos. Então, isso não é equipe, é atuação isolada.

Houve respostas inconciliáveis com o conceito de equipe matricial com os seguintes dizeres:

*“E.M. são psicólogos e Agentes de Saúde em Alcoolismo (ASAS)” (2).*

*“E.M. são psicólogos e ASAS entre si mesmo” (P2).*

*“E.M. seriam psicólogos, ASAS e psicólogos e psiquiatras das clínicas conveniadas”. “E.M. são psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas” (P7).*

As definições de equipe matricial apresentadas acima em nenhum momento caracterizam uma equipe multidisciplinar. Apenas a definição de que E.M. são psicólogos e psiquiatras aproximam-se do conceito essencial, porém um profissional tem uma vinculação com órgão público, o psicólogo e outro, o psiquiatra, com órgão privado que são as clínicas conveniadas. Essa associação dificulta a prática multidisciplinar, pois existem vínculos empregatícios diferentes e propostas de atuação diferenciadas. Os nutricionistas e fisioterapeutas não são profissionais que compõem uma equipe de Saúde Mental. Em outros momentos, apresentam um anseio de que outros membros da equipe de saúde componham a equipe matricial. Um dos profissionais requisitado é o Assistente Social. O profissional desejado como membro da equipe é coerente com os postulados de equipe matricial.

*“Sinto falta de outros profissionais compondo a equipe” (P8). “Sinto falta de assistente social” (P6 e P8).*

E, finalmente, um conceito de equipe matricial que, segundo os

psicólogos, é inerente à coordenação de Saúde Mental do município.

*“A Coordenação de Saúde Mental chama a gente de E.M.” (P8).*

*“É, mais isso (Equipe matricial) não é definido no papel” (P1).*

*“E.M. é termo usado pela coordenação já antigo desde 1997” (P8).*

Estas últimas respostas denotam mais familiaridade com a concepção de equipe matricial pela coordenação de Saúde Mental e, por conseguinte, não é acompanhada com a mesma familiaridade pelos psicólogos.

#### **4.2.2.2 Interdisciplinaridade**

A subcategoria *interdisciplinar*, como modalidade de se relacionar, significa a transferência ou empréstimo de métodos de uma disciplina para outras (NICOLESCU, 1999). Esta subcategoria aparece apenas em duas respostas na coleta individual com os nove psicólogos e denotam uma necessidade e expectativa de realização.

*“A equipe deveria ser interdisciplinar” (P6).*

*“A interação entre os profissionais é necessária” (P9).*

#### **4.2.2.3 Transdisciplinaridade**

A abordagem *transdisciplinar* significa o que está entre as disciplinas, através das disciplinas e além de qualquer disciplina. Nesta abordagem, um dos objetivos é a unidade do conhecimento. Esta é também a abordagem por excelência das equipes matriciais (NICOLESCU, 1999), mas nada foi relatado em qualquer uma das respostas dos psicólogos.

Para sustentar uma discussão sob este aspecto, entende-se que a multidisciplinaridade é um sistema que funciona através da justaposição das disciplinas em um único nível, e o que existe neste modo de relação entre as disciplinas é uma ausência de cooperação entre os diversos campos

disciplinares (CUTOLO, 2007). Esta justaposição sem cooperação fica incompatível com os princípios do SUS. Pois, novamente, como escreve (CUTOLO, 2007, pg.24), na Constituinte de 1988 e na Constituição do Estado de Santa Catarina, em particular, em seu artigo 155, explicita que “as ações e serviços de saúde serão planejados, executados e avaliados através de equipes interdisciplinares”.

O trabalho em saúde previsto pelo SUS pressupõe interação, o que sugere a interdisciplinaridade, que teve apenas uma resposta. A visão sistêmica e a abordagem interdisciplinar são preconizadas para a saúde, segundo os escritos da Reforma Sanitária de 1988 (FONTINELE 2003).

O terceiro nível de abordagem é denominado transdisciplinar e não foi feito nenhuma citação pelos psicólogos. Embora esta não seja a abordagem por excelência do SUS como um todo, mas no que diz respeito às equipes matriciais em particular, toda a justificativa teórica se encontra nesta abordagem.

O principal mentor das E.M. escreve que uma abordagem transdisciplinar das práticas e dos saberes possibilitaria uma superação de aspectos fundamentais do modelo biomédico hegemônico. Esta também estimularia a produção de novos padrões de inter-relação entre equipes e usuários, ampliando o compromisso dos profissionais com a saúde (CAMPOS, 1999).

E o Ministério da Saúde, em seu documento básico de orientação sobre equipe de referência e apoio matricial, estabelece que, nesta modalidade de tratamento, além de se reunir profissionais de diferentes áreas do conhecimento, solicita que atuem de modo transdisciplinar (BRASIL, 2004 - 2).

#### **4.2.3 Construção teórica**

Apareceram respostas que foram denominadas de “construção teórica”. Termo que significa, primariamente, que os psicólogos estão em processo de construção de um referencial teórico que embasa suas práticas nas equipes matriciais.

Na ocasião da coleta individual, a concepção de que o modelo de equipe

matricial está em construção teve a frequência mais alta.

*“O modelo da equipe matricial está em construção”* (P3, P4 e P8).

Outras respostas dando a concepção teórica de equipe matricial, ora como um parâmetro norteador, ora uma conotação espacial, também apareceram.

*“O conceito de E.M. define, esclarece o que devo fazer”* e *“Estamos lotados no distrito e trabalha-se na comunidade”* (P6).

*“Equipes Matriciais são para trabalhar na comunidade”* (P9).

Na coleta em grupo, foi perguntado sobre o *significado* das respostas anteriores, e três tipos de resposta apareceram. A primeira foi de confirmação da definição fornecida anteriormente, uma segunda, de desconhecimento da concepção, e uma terceira, que o conceito ajuda a definir o papel do psicólogo.

*“Significa aquilo que a gente escreveu antes, que o modelo da equipe matricial está em construção”*. *“Concordo com a afirmativa primeira”*. *“Não sei o que é E.M. direito”* (P4).

*“O conceito de E.M. ajuda a definir qual é o papel do psicólogo”* (P6).

Apesar destas últimas respostas não coincidirem com nenhuma das duas subcategorias em relação às concepções encetadas anteriormente, algumas considerações podem ser feitas.

A palavra construção que é comum nas falas dos psicólogos, tanto na coleta individual como na coletiva, aparecem num texto referente à implantação de uma política de saúde mental. Escreve Vinitikides et al (2003) sobre a construção de uma proposta institucional em saúde mental, iniciada em 1989. E, oito anos depois, em 1997, na Conferência Municipal de Saúde, volta a aparecer com o título – Construindo um Modelo de Atenção à Saúde Mental em Curitiba.

Porém, o Sistema Único de Saúde carece de um processo de consolidação, e a prática, tal qual realizada pelos profissionais citados, com uma construção de seu referencial teórico em processo de realização, caminha em consonância com conceito de uma consolidação deste mesmo SUS.

Quando questionados sobre a concepção de equipes matriciais, o que os profissionais colocaram aproxima-se de um escrito ocorrido nos meados de 1990. Escreveu Sarraceno (1996), um teórico dos primórdios da reforma sanitária, que, naquele tempo, vinha surgindo uma prática que não queria ter o modelo clínico como referência, e que isto não era nem bom nem ruim. Porém, poderia ter um risco de retomar teorias antigas, apoiar-se em ideologias reabilitativo-populista, gerar reprodução de doenças e, por conseguinte, não produzir saúde. Acreditava ainda que esta talvez fosse uma situação perigosa e de angústia e que deveria ser transitória, mas que também, em função desta angústia funcional, poder-se-ia construir modelos sem sentido. Isto tem uma aproximação com o pensamento do autor e que se expressa pela seguinte fala “uma prática à espera de teoria” (SARRACENO, 1996, p. 151). Então, o que se pode falar é um pouco diferente deste escrito, mas sim que o que existem são “práticas psicológicas com modelos teóricos em processo de construção”, conforme palavras dos próprios psicólogos e da Coordenação de Saúde Mental.

#### **4.3 Atuações dos psicólogos nas equipes matriciais**

Este item versa sobre a atuação dos psicólogos nas equipes matriciais. Para o estabelecimento das categorias preconizadas, buscou-se na literatura termos que poderiam significar o principal conteúdo sobre as atuações dos psicólogos nas equipes matriciais. As pesquisadas estão relacionadas aos dados coletados individualmente com os nove psicólogos e os obtidos em grupo.

As categorias básicas de atuação são em número de seis e são as seguintes: múltiplos fatores, educação para a saúde, acompanhamento às supervisões, abordagem usual e outras atuações.

### 4.3.1 Múltiplos fatores

A primeira categoria dos *múltiplos fatores* que podem influenciar na atuação do psicólogo foi agrupada em cinco subcategorias, organizadas em uma seqüência em função de uma suposta complexidade, tanto teórica quanto de abordagem. Estes fatores podem ser também áreas de atuação. Escreve Campos (2006-3) que, entre o sujeito e o mundo, entre estes dois extremos, existem fatores-sujeitos que atuam tanto de maneira complementar quanto conflitantes. Então se resolveu denominar estes fatores intermediários de subcategorias para organizar a coleta de material, embora Campos (2006-3) não os organizem dessa maneira. Essas subcategorias são: fatores psicológicos; casal e família; grupo, instituição e comunidade.

#### 4.3.1.1 Psicológicos

Psicologia, segundo Cabral (2006, p.262), significa disciplina que visa ao conhecimento das atividades mentais, afetivas e do comportamento do ser humano.

Quanto aos aspectos **psicológicos** passíveis de influenciar a atuação do psicólogo, esta subcategoria pode ser subdividida em *intrapsíquicos* ou dos processos internos, do interior do aparelho psíquico, e *interpsíquicos*, que são os aspectos da interação e que significa o que diz respeito às relações entre dois indivíduos.

O trabalho *intrapsíquico* é descontextualizado a partir dos pressupostos ideológicos do SUS, pois não cabe ao psicólogo um acompanhamento do processo interno do cliente com suas fantasias e sentimentos. Mostra Dimenstein (2000), que o modelo clínico liberal privatista, intrapsíquico de cunho psicanalítico constitui um entrave para o trabalho em saúde pública.

Na subcategoria dos trabalhos *Interpessoais*, é onde o trabalho em

saúde no SUS encontra o seu sentido. Apareceu a seguinte resposta, denotando estar junto, e onde acompanhar significa escutar, tentar compreender e ouvir.

*“Acompanhar desintoxicação de usuários de álcool e drogas” (P1 e P9).*

Para Moscovici (1998), o estudo do eu, tão difundido na Psicologia, não é suficiente para compreender os tipos de relações mais complexas. O desenvolvimento do vínculo social e das capacidades afetivas e intelectuais começa quando o ser humano percebe que o outro tem uma significação no seu mundo interior. A representação de si começa com a representação do outro. Este fenômeno é a alteridade.

Escrevendo sobre o cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica de Saúde, Brêda e Augusto (2001) mostram que quando os profissionais conseguem estabelecer uma comunicação interpessoal satisfatória com seus clientes sentem-se extremamente compensados. Para ele, alguns elementos como a disposição positiva em ouvir e o interesse em compartilhar sentimentos e idéias são imprescindíveis para uma comunicação rica e engrandecedora entre as pessoas.

#### **4.3.1.2 Casal e família**

Para a segunda subcategoria de fatores a influírem na atuação psicológica está a díade **casal e família**. O *casamento* é definido como uma união legal entre um homem e uma mulher, significando uma aliança uma combinação. A *família*, para Mijola (2005), significa pessoas ligadas entre si por laços de casamento, filiação, pela adoção e pelo vínculo fraterno. A família nuclear é constituída de pai, mãe e no máximo dois filhos.

Para a subcategoria *casamento* que aparece na coleta individual, a estratégia da visita domiciliar é desencadeada em função de crises conjugais.

*“Fazemos visita domiciliar em função de crises conjugais” (P2).*

Porém, na coleta em grupo, explica o psicólogo que não fornece apoio

ao casal, mas realiza outros procedimentos e os encaminha individualmente.

*“Casal nós (os psicólogos) não atendemos, a gente até faz uma entrevista/avalia e encaminha individualmente os cônjuges” (P2).*

Para a subcategoria *família*, que aparece também na coleta individual, a estratégia da visita ao domicílio é desencadeada por conflitos familiares.

*“Fazemos visita domiciliar em função de crises familiares”(P1).*

Porém, na coleta em grupo, na qual o foco é a família, aparecem, inicialmente, posições contraditórias em relação à coleta de dados. Uma segunda opinião emerge, igualando casal e família. Os parênteses na fala de P1 que ressaltam o casal são grifos do pesquisador.

*“Visita domiciliar é com a finalidade de coleta de dados” (P1 e P3).*

*“Visita domiciliar não nossa é meta” (P7).*

*“O atendimento a família é a mesma coisa (que com o casal) o encaminhamento é individual” (P1).*

Várias digressões acontecem. Primeiro tanto o casal quanto a família não são atendidos por si mesmos. Sempre há uma intenção apenas de avaliação nas visitas domiciliares. Segundo, os encaminhamentos são isolados, individuais. E, por terceiro e último, P7 afirma que família não é meta, o que é um contra-senso com toda a estratégia de saúde da família.

Foi realizada uma pesquisa por Schrank e Olschowsky (2008) sobre o cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial. Os resultados mostraram que o atendimento individual, o grupo de família, a busca ativa, a visita domiciliar e as oficinas são estratégias importantes na realização desse ofício. Mas, o trabalho se concretiza pela parceria e participação familiar. Nessa parceria, o vínculo entre os profissionais e os usuários e seus familiares aparecem como fundamental na construção de

saída existencial da vivência do sofrimento psíquico.

Coerente com esta contestação, em um trabalho de Psicologia na comunidade, afirma Moré (2007) que o atendimento a casal e a família foi o atendimento que se constituiu como mais significativo. Alega ainda que este era o atendimento mais utilizado no Posto de Saúde, e foi o que teve mais eficácia no que diz respeito a proposta de trabalho do psicólogo.

Amarante e Lancetti (2006) mostram que a principal característica do Programa de Saúde Mental, desenvolvido dentro do âmbito da estratégia de saúde da família, é o envolvimento, a co-responsabilização dos pacientes e seus familiares. Os pacientes são atendidos pela equipe de saúde da família e pela equipe de saúde mental em conjunto.

#### 4.3.1.3 Grupo

Como terceira subcategoria ou fator que influencia a atuação, aparece o **grupo**. Para Menegazzo (1995, p.100), esse termo significa, em termos gerais, um conjunto de pessoas inter-relacionadas com um objetivo ou tarefa em comum.

Neste caso de atuação com grupos aparece uma totalidade de vinte falas. Estas vinte falas foram agrupadas ao redor de oito sub-subcategorias, assim denominadas: *aspectos organizativos, terapêuticos, receios, saúde mental, apoio, adesão e educação*.

As falas sobre os *aspectos organizativos* ao redor dos grupos foram assim agrupadas:

“A meta é iniciar grupos” (P1, P6 e P8).

“Trabalho com grupos” (P1, P3 e P7).

“Até faço grupos terapêuticos” (P1 e P3).

“Já toquei grupos” e “Grupo é menos importante” (P8).

As três falas sobre grupos *terapêuticos* foram assim agrupadas:

“Faço grupos com drogados” (P4 e P8).

“Faço grupo de depressivos e faço grupo de psicóticos” (P4).

As falas e as razões de um sujeito pesquisado do seu *receio* de fazer grupo terapêutico são apresentadas a seguir.

*“Não início grupos de alcoólatras e drogados, tenho medo dos traficantes”:*

*“Por haver traficante” e “Por ser sem respaldo médico” (P8).*

Afirmando que fazem diferentes tipos de grupos.

*“Faço grupos de saúde mental” (P1, P2 e P8).*

*“Faço grupos de apoio” e de “Educação” (P1 e P2).*

*“Faço grupo de adesão” (P3 e P5).*

Tendo em vista as afirmativas contraditórias em relação a fazer grupos, é levado a se pensar que existe uma capacidade e um receio dos psicólogos ao assumir este ato. Este receio é pela facilidade com que os psicólogos poderiam assumir um tratamento embasado na abordagem clínica convencional.

E, em oposição, supõe-se que há como conduta da Coordenação de Saúde Mental atitudes e comportamentos que levam a uma constrição do agir e falar sobre atuações em terapia de grupo. Estas falas podem ser entendidas a partir do que fala P8:

*“Na prefeitura não se usa a palavra atender, a Coordenação não gosta.” (P8).*

Contudo, entende-se que esta orientação da Coordenação de Saúde Mental tem uma justificativa: a de não cair na modulação estritamente clínica, da classe dominante e de cunho liberal, muito influenciado pela formação psicanalítica. Esta formação é individualizante e vai à contramão das políticas públicas do SUS para com a saúde mental.

Porém, apesar destas contradições entre a coordenação e o corpo dos psicólogos, a instituição do grupo na Saúde, que é praticada pelos psicólogos, é caracterizada por uma diversidade de abordagens ou correntes. Esta diversidade representada desde uma psicanálise, a teoria que possui mais

seguidor, justificando que, para trabalhar segundo esta abordagem na instituição pública, há que se manter a atenção para com a transferência; passando pela teoria da gestalt, querendo significar as experiências; pelo psicodrama, com o seu trabalho com os papéis e roteiros de vida e pela terapia centrada no cliente de Carl Rogers, tentando entender as comunicações do cliente, aceitando-os e com a intenção de ser autêntico até chegar ao modelo Sistêmico que, segundo Moré (2007), trabalhando com as interações e jogos aproxima-se dos postulados ideológicos do SUS. Porém, as teorias e terapias histórico-críticas, para Andriani e Rosa (2006), são totalmente coerentes com os postulados da Reforma Sanitária, e a atuação do psicólogo não exigiria adaptações e contextualizações.

Apesar dessa diversidade, Rodrigues e Ronzani (2006) propõem que as diferentes concepções ultrapassem a barreira das especialidades e guetos teóricos e, pautadas no trabalho interdisciplinar, na ação recíproca e enriquecimento mútuo, levem a uma horizontalização das relações de ajuda.

#### 4.3.1.4 Instituição

A quarta subcategoria ou fator a influenciar a atuação é a ***instituição***. Para Bleger (1984, p.31), esta significa o conjunto de organismos de existência física concreta, que tem certo grau de permanência em algum campo ou setor de atividade ou vida humana, para estudar neles todos os fenômenos humanos que se dão em relação à estrutura, à dinâmica, às funções e aos objetivos da instituição.

Para o tema instituição, emergiu uma palavra que denota o modo de vinculação do psicólogo. Esta palavra é inserção. Pela segunda fala, existe um início de reconhecimento de débito com os usuários. Porém outras palavras com ênfases menores também apareceram como estimulação e atuação nas Unidades Sanitárias.

*“Inserimo-nos como psicólogos nas U.S” (P1, P3, P5, P7 e P9).*

*“Inserimo-nos nas U.S. e não com os usuários” (P3).*

*“Estimulamos U.S a montar programas.” e “U.S. monta programas e entramos”*

(P5 e P7).

Na entrevista em grupo, os pesquisados mostram que os psicólogos são chamados e, em outros momentos, têm que se autoconvidar, e mostram que a Secretaria da Saúde tem interesses que façam grupos.

*“São grupos específicos que a própria U.S. acaba fazendo, eles acabam chamando os psicólogos para acompanhar estes grupos” (P3).*

*“Nós temos que nos convidar para entrar em algum grupo das U.S.” (P6).*

*“A secretaria acha que é de interesse muito que se façam grupos” (P8).*

Discorrendo sobre o psicólogo e sua inserção na área da Saúde, Rauter (1995, p.74) mostra que este é colocado em uma posição paradoxal. Esta posição oscila entre ser um estorvo e uma solução mágica. Propõe que, se este profissional souber se utilizar deste lugar, pode construir estratégias em relação a desarticulação desta engrenagens de produção de subjetividades serializadas. Apela para o cunho político do trabalho. Propõe que o psicólogo construa para si e para o coletivo, onde se encontra novos territórios, onde a vida possa se expandir.

A categoria instituição, no âmbito da Saúde Mental vem, precedida da palavra análise. A análise institucional tem em comum a idéia de transcender à Psicologia e buscar o seu saber em áreas como a Sociologia, a História, a Filosofia e outras áreas do saber. Porém, as diferentes correntes de análise institucional têm em comum a referência e o trabalho com as relações de poder. Algumas das suas denominações são institucionalistas, freudianas, socioanalistas, esquizoanalistas.

O primeiro sentido e mais antigo de análise institucional vem do pensamento liberal de cunho psicanalítico. Para Guirado (1987), a análise institucional tem a ver com as condições de comprometimento do psicólogo com o imaginário, presente nas Instituições, ou melhor, com os processos inconscientes das relações interpessoais e grupais, no conjunto das práticas institucionais. Conclui a autora que, para Bleger, “as instituições e organizações são depositárias da sociabilidade sincrética, ou da parte

psicótica, e isto explica muito a tendência à burocracia e da resistência à mudança”.

Propõe a autora que, ao atuar sobre a instituição, tendo em vista os grupos do organograma, o psicólogo possa fazê-lo a partir de um enquadre e de uma postura permanentemente investigadora. Essa postura proposta de investigadora do analista institucional destoa das palavras usadas pelos psicólogos como inclusão ou inserção.

Porém, segundo Rodrigues (2006), o grupo da análise institucional, que tem como seu centro de atuação a cidade de São Paulo, está associado ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Fazendo uma pequena história da análise institucional, mostra que este grupo está ligado ao movimento de *desinstitucionalização*, que vem impregnado pelas idéias do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Os postulados desse foram os alicerces da Reforma Sanitária.

#### 4.3.1.5 Comunidade

A quinta subcategoria ou fator a influenciar a atuação do psicólogo é a **comunidade**. Essa palavra, para Campos (2007), significa espaço geográfico ou psicossocial, onde a vida cotidiana é vivida. Tem três intenções: Primeiro o estudo de relações, representações, consciência e pertinência dos indivíduos e grupos. Segundo, objetiva o desenvolvimento da consciência dos indivíduos como sujeitos históricos e comunitários. E, como terceiro propósito, é a transformação de indivíduo em sujeito.

Para esta questão, surgiu na coleta Individual, a palavra *inclusão* a qual tem uma semelhança com a palavra *inserção* anteriormente citada em Instituição. Esta palavra denota novamente uma maneira de vinculação do psicólogo com a comunidade. E, na coleta em grupo, um pesquisado mostra a sua dificuldade em ir à comunidade e que a ligação com a unidade é intensa.

*“Incluimo-nos em programas da comunidade” (P2, P5, P7, P8 e P9).*

*“Participo de programas de crianças violentadas” (P6 e P7).*

*“Participo de programa de adolescentes denominado CRACOM” (P5).*

E, na coleta em grupo, um pesquisado mostra a sua dificuldade em ir a comunidade. Informa também que a ligação com a Unidade de Saúde é intensa.

*“Minha ligação com a Unidade de Saúde é muito grande” e “Ir para a comunidade é impraticável” (P1).*

Nas categorias anteriores, casal e família, houve uma repetição de um mecanismo de segmentação. Os profissionais faziam visita domiciliar e encaminhavam os membros da família separadamente às clínicas credenciadas.

Nestas duas categorias, instituição e comunidade também existem um mecanismo de inserção e inclusão e, por conseguinte, inexistem uma capacidade de uma atitude crítica e reflexiva.

Em Psicologia, na Comunidade, mostra Andery (1999) que, para o conhecimento das causas na comunidade, se requer a contribuição das abordagens e pesquisas ao natural e ecológica. O que seria esta pesquisa ao natural e ecológica senão uma inclusão na comunidade. Propõe ainda que esta práxis se distancie de atitudes de um dito neutralismo.

Uma Psicologia que se pretenda comunitária deve se aproximar das classes populares e fornecer subsídios para que se conscientizem de suas condições psicossociais de classes submissas e dominadas e como primeiro passo para uma superação dessa degradante situação.

Em posição semelhante, Laplantine (1994) mostra que a personalidade e a cultura são co-emergentes. Pois é impossível conceber uma cultura que não fosse vivenciada por um psiquismo e, reciprocamente, é impossível pensar uma formação de personalidade independente de uma cultura.

Para Campos (2007), nos trabalhos comunitários, o primeiro passo é um levantamento das necessidades e carências vividas pelos grupos comunitários. Secundariamente, usando métodos de conscientização, trabalha-se para que esses grupos se tornem conscientes de suas situações problemáticas e que vão à procura de uma resolutividade para sua carência. Aliado a este facilitar a conscientização há a busca da atitude crítica, solidariedade e práticas

cooperativas e autogestionáveis.

#### 4.3.2 Educação para a saúde

A segunda categoria de atuação do psicólogo, incluído em uma Unidade de Saúde, consiste em realizar palestras. Essa atuação foi classificada de **Educação em Saúde**. Uma primeira definição de Educação em Saúde aparece em Wendhause e Saupe (2003), em que, através da participação e do diálogo entre os diversos saberes, tem a pretensão de ajudar as pessoas a encontrar as raízes de suas problemáticas e a busca de soluções compartilhadas para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, grupos e populações. Na coleta individual, apareceram palestras sem tema específico, para hipertensos, para alterações de humor, para diabéticos e para lactentes. E, na coleta em grupo, confirmam esta solicitação direcionada.

*“Palestras para hipertensos”* (P2, P3, P5, P6, P7, P8 e P9).

*“Palestras sem especificação de tema”* (P2, P3, P5, P7, P8 e P9).

*“Falar de alterações de humor a gestantes”* (P1, P3, P5, P7, P8, e P9).

*“Palestras para diabéticos”* (P2, P5 e P8).

*“Palestras para lactantes”* por (P3 e P7).

E, na coleta em grupo, fala um pesquisado que as U.S. solicitam e pedem cooperação.

*“Eles, os funcionários das U.S. solicitam... um tema específico, por exemplo, diabético ou grupo de hipertensão e pedem para falarmos”* (P4).

Informa ainda Lefevre e Lefevre (2004) que, no plano individual ou de pequenos grupos, a informação é peça-chave no processo de promoção da saúde. Mostra que pelo seu caráter cognitivo numa tradição, que vem desde a psicanálise freudiana, essa informação é capaz de ajudar profissionais da Saúde e usuário a fazer frente à doença, diminuindo seu caráter irracional e

sua dimensão afetiva e inconsciente.

#### **4.3.3 Acompanhamento à supervisão de Psiquiatria**

A terceira categoria de atuação do psicólogo é denominada de **acompanhamento à supervisão** dos psiquiatras. Os psiquiatras das clínicas conveniadas com o SUS, pela Secretaria Municipal de Saúde, supervisionam o trabalho dos médicos das unidades básicas, com estratégia de saúde da família e sem estratégia. Sendo que, nas entrevistas individuais, a partir de uma pluralidade de verbos, os psicólogos acompanham a supervisão de psiquiatria.

*“Coordenamos as supervisões dos Psiquiatras” (P2).*

*“Estamos juntos com as supervisões” (P9).*

*“Acompanhamos e avaliamos as supervisões” (P8).*

Durante a entrevista em grupo um pesquisado confirma o seu acompanhamento a supervisão de psiquiatria.

*“Somos nós que temos que organizar que estar lá, acompanhar” (P8).*

O boletim nº. 4 da Associação Brasileira de Psiquiatria (2008) discorre sobre a implantação de interconsulta e consulta conjunta do psiquiatra com a equipe da estratégia de saúde da família. Mostra que a interconsulta é o instrumento da interface entre a psiquiatria, a Psicologia e a Medicina em geral. O psiquiatra organiza estratégia terapêutica junto com o psicólogo e podem, juntos, capacitar a equipe de Saúde a partir de princípio da educação permanente, coerente com os postulados da integralidade, conforme preconiza o SUS.

#### **4.3.4 Abordagem usual**

A quarta categoria de atuação do psicólogo é denominada de **abordagem usual**. A primeira palavra significa o modo como se deveria trabalhar. A palavra usual foi usada por ser continente para um elenco de atividades elementares e variadas. Apareceram, na entrevista individual, seis subcategorias. Algumas dessas categorias apresentam desdobramentos: *avaliações (conselho tutelar); encaminhamentos (hospital integral, hospital dia e Caps); marcar consulta; ações diárias nas Unidades de Saúde; acompanhar pacientes e relatórios Ministério Público e Psiquiatria*.

*“Fazemos avaliações”* (P2, P4, P6, P7 e P8).

*“Para conselho tutelar”* (P1 e P4).

*“Fazemos encaminhamentos”* (P1, P2, P5 e P8).

*“Para hospital dia”* (P1).

*“Para hospital integral”* (P1),

*“Para Caps Infantil”* (P1, P2, P8 e P9).

*“Marcamos consultas para os pacientes”* (P4 e P8).

*“Realizamos ações diárias na U.S.”* (P4 e P8).

*“Acompanhar pacientes ao Caps”* (P9)

*“Fazemos relatórios para o psiquiatra”* (P8).

*“Relatórios para o ministério público”* (P1).

Na coleta em grupo, foi dada uma resposta que denota uma crítica à multiplicidade de fazeres. Aparece também uma crítica ao adjetivo “bom”, que antecede a palavra encaminhamentos, e também uma crítica aos atos de “marcar consulta” e “acompanhar pacientes”, como não sendo atividades dos psicólogos.

*“Isto significa que, nós psicólogos, fazemos vários papéis na U.S.”* (P6).

*“Fazemos bons encaminhamentos”* (P4).

*“Marcar consulta” e “Acompanhar pacientes”* (P1).

A reformulação da política de Saúde Mental em Curitiba (1999) vinha sendo construída, utilizando o modelo de Saúde Mental comunitária. Estabelecia esse protocolo que a atuação dos integrantes da equipe, no que diz respeito à papéis e funções, deveria ser revisto periodicamente. Porém,

pela multiplicidade de fazeres, percebe-se que não existe uma atividade programada e consistente.

#### **4.3.5 Outras atuações**

A quinta categoria foi nomeada de **outras atuações**, pelo fato de ser continente para uma variedade de afirmativas. Essas afirmativas que, na coleta individual, vão desde *colocar-se no lugar do outro, demanda, ambigüidade, desejo de aprimoramento, programação e variedades de atividades, à necessidade de um protocolo.*

*“Temos que entender que a enfermagem tem outras tarefas”* (P6, P8 e P9).

Denominou-se a afirmação acima como *o colocar-se no lugar do outro* por descrever a atitude empática. Esta afirmativa é uma das principais tarefas do terapeuta centrado no cliente e, como escreve Corey (1983), na empatia, o terapeuta se esforça por sentir a experiência subjetiva do cliente, como este percebe, sem perder a diferenciação de sua própria personalidade. Esta intenção de apreender o mundo do outro, como se fosse o outro, não é incompatível com os postulados do Sistema Único de Saúde.

*“Existe muita demanda e poucos profissionais” e “Há poucas pernas para muitas atividades”* (P8).

*“Riqueza de opções, de fazeres sem normatividade”* (P2).

*“A meta é fazer o melhor possível, nem sempre conseguimos”* (P8).

*“Nossas atividades são programadas” e “É um trabalho dinâmico são atividades variadas diariamente”* (P6).

E, na fase da coleta em grupo, aparece a necessidade de um protocolo aliado ao dinamismo do trabalho.

*“Olhe, tem que ter o protocolo do psicólogo, pra gente saber o que tem e o que*

*não tem que fazer” (P1).*

*“A visão que os profissionais vão ter do psicólogo, como sendo aquele que vai acolher todo e qualquer tipo de demanda” (P6).*

*“Gosto do dinamismo do trabalho, embora às vezes seja estressante” (P5).*

Então, para fundamentar uma análise teórica das subcategorias abordagem usual e outras, usa-se novamente Sarraceno (1996), quando este escreve que se poderiam construir modelos sem sentido. Isso tem uma aproximação com o pensamento deste autor, que se expressa pela seguinte fala “uma prática à espera de teoria” (SARRACENO, 1996, p.151). Então, o que se pode falar, novamente, é um pouco diferente deste escrito. O que existem são “pluralidade de práticas, enquanto os modelos teóricos estão em processo de construção”.

#### **4.4 As dificuldades de atuação dos psicólogos**

A terceira questão descreve as dificuldades de atuação dos psicólogos nas equipes matriciais. Para o estabelecimento das categorias preconizadas, buscou-se na literatura palavras que poderiam significar o principal conteúdo em relação às dificuldades de atuação dos psicólogos. As pesquisadas são divididas também em 1ª coleta, que foram pesquisadas individualmente com os nove psicólogos, e 2ª coleta, em grupo.

As categorias preconizadas básicas são em número de cinco, e são as seguintes: obstáculos, o processo de trabalho, contradições e infra-estrutura.

##### **4.4.1 Obstáculos**

A primeira categoria de dificuldades é denominada por Campos e Domiti (2007) de **obstáculos** ao bom desempenho da equipe matricial. Obstáculo tem o significado de: o que impede ou que se opõe e o que faz parar. Este é

composto de seis subcategorias que são as seguintes: estrutural, demanda e carência, político e comunicação, subjetivo e cultural, ético e por último epistemológico. O antepenúltimo e o penúltimo obstáculo que são o subjetivo e cultural e o ético não apareceram nas falas.

#### 4.4.1.1 Estrutural

A primeira subcategoria dos obstáculos é denominada de **estrutural**. Para Doron e Parot (1998), a causalidade estrutural em Filosofia significa a produção de efeitos de uma estrutura sobre os elementos que a constituem, segundo os lugares que estes ocupam nela. Segundo Campos e Domiti (2007), esta resistência foi subdividida em duas sub-subcategorias denominadas de *fragmentação e desresponsabilização*. No primeiro caso, o foco de resistência é a fragmentação crescente imposta ao processo de trabalho pela especialização das profissões e o processo de formar departamentos. Com esta divisão, diminuem a responsabilidade e a integração comunicativa e possibilitam o descompromisso com o trabalho. Este segundo fenômeno é denominado de *desresponsabilização*.

Encontraram-se, nas coletas individuais, afirmativas que denotam fragmentação do processo de trabalho. Estas falas que fragmentam advêm dos *papéis e da falta de formação*.

*“Falta de apoio da enfermagem” (P8).*

*“Existe resistência da equipe de Saúde” (P1 e P9).*

*“A resistência é da autoridade sanitária” (P8 e P9).*

*“A equipe de saúde não tem formação para lidar com o doente mental” (P7).*

Na entrevista grupal, houve confirmação da fragmentação por parte das equipes, chefias e da comunidade, e os fragmentados são o paciente e o próprio psicólogo.

*“A gente (os psicólogos) encontra resistência das equipes das U. S. em trabalhar com o portador de transtorno mental, e até das chefias” (P8).*

*“Ele, o paciente mental, não tem lugar sabe?” “A gente é um segregado” “Nós*

*somos iguais ao paciente” e “A comunidade tem preconceitos” (P4).*

*“A resistência ao psicólogo é por este trabalhar questões subjetivas” (P5).*

A presente coleta confirma o obstáculo advindo da fragmentação, conforme escreve Campos e Domiti (2007, p. 402), sendo que os fragmentadores são: a Equipe de Saúde, a equipe de enfermagem, a autoridade sanitária e a própria comunidade; e os fragmentados são o doente mental e o próprio psicólogo. Mostram resistência por razões epistemológicas e aparece também uma resistência a figura do psicólogo. Quanto à dificuldade da atuação pelas desresponsabilizações, aparecem falas genéricas dos profissionais e ao redor do psicólogo.

*“Não há responsabilização” (P2 e P6).*

*“Encaminhar é desresponsabilizar-se. Procurar ajuda no outro” (P5).*

*“Vários profissionais atendem a mesma pessoa segmentando” (P2).*

*“Nós, os psicólogo ficamos com a problemática” (9).*

*“Nós os psicólogos ficamos com a emergência” (P2).*

*“Nós os psicólogo fica com responsabilização” (P6).*

Novamente, a presente coleta confirma o que escreve Campos e Domiti (2007, p. 403) que existe o processo de não se responsabilizar. Por outro lado, segundo os pesquisados, o ato de responsabilização fica com os psicólogos.

#### **4.4.1.2 Demanda e carência**

O segundo obstáculo à atuação ou subcategoria é denominado de demanda e **carência**. Mostram Campos e Domiti (2007) que o volume de serviços oferecido à população é insuficiente e, por conseguinte a procura é intensa. O SUS está em processo de implantação. É inevitável uma incapacidade de responder prontamente a todas as exigências. Na coleta individual, aparecem falas denotando *responsabilidades do passado, responsabilidades atuais, reconhecimento das dificuldades e proposições*.

*“Já tive cinco Unidades de Saúde, hoje tenho duas U.S.” (P8).*

*“Sou responsável por quatro U.S.” (P5).*

*“Sou responsável por três U.S.” (P1, P2 e P3).*

*“É difícil atender várias U.S.” (P2).*

*“É difícil estar em várias U.S.” (P1, P3 e P4).*

*“Existe muita demanda e poucos profissionais” e “Há poucas pernas para muitas atividades” (P8).*

*“Dividimo-nos entre várias U.S.” (P1).*

*“É sobrecarga” (P3).*

*“Muitas U.S. dificultam vínculo” (P3).*

*“Com uma unidade de saúde apenas trabalharia melhor” (P1, P2 e P4).*

*“Ampliaria grupos” (P1).*

*“Evitaria internação de usuários” (P2).*

*“Aproximar-me-ia da equipe de saúde e dos usuários” (P1).*

Na coleta em grupo, ocorre uma confirmação das múltiplas responsabilizações de U.S. e uma sensação de inutilidade.

*“Estamos em várias unidades ao mesmo tempo” e “A gente fica assim prá lá, prá cá, mais na verdade a gente sente que não faz um serviço” (P4).*

As respostas coletadas acima, nos dois grupos, confirmam o obstáculo enunciado por Campos e Domiti (2007) de que o volume de serviços oferecido à população brasileira é insuficiente. O adequado seria uma equipe matricial para um número reduzido de Unidades de Saúde, assim como, uma equipe matricial multiprofissional. Há a informação dos pesquisados de que não se sentem fazendo um serviço. Se houvesse um número menor de U.S., ampliar-se-iam grupos, aproximar-se-iam de equipes e usuários, poderia diminuir o número de internações.

#### **4.4.1.3 Político e de comunicação**

A terceira subcategoria a dificultar a atuação é denominada de um problema **político e de comunicação**. Política significa a maneira de conduzir

os negócios ou as formas de organização de um estado. O termo comunicação, para Doron e Patot (1998), designa todo processo pelo qual uma informação é transmitida de um elemento a outro, sejam estes de natureza biológica, tecnológica ou social. Para Campos e Domiti (2007), a subcategoria acima listada é subdividida em *poder centrado nos dirigentes e controle social incipiente*. Portanto, tanto o poder centrado nos dirigentes, sem um sistema de co-gestão, quanto o controle social ainda incipiente não criam uma democracia institucional que permite a instalação de apoio matricial.

Durante as coletas individuais, aparecem *falas impessoais* mostrando a dificuldade de se comunicar e os diferentes níveis *de comunicações advindas de categorias profissionais*, quando o poder é centrado nos dirigentes.

*“É difícil comunicar-se, nós nos sentimos sozinhos”* (P8).

*“Pede-se, fala-se e continua igual”* (P6).

*“O agente comunitário é o único funcionário que retorna fala”* (P2).

*“Chefia não sabe repassar tarefas”* (P5, P8 e P9).

Na coleta em grupo, confirma-se a falha da comunicação.

*“A comunicação é muito falha”* (P3).

*“A gente não é informado de cursos pela Coordenação”* (P8).

Quando o *controle social incipiente*, à medida que os usuários também aparecem como não se comunicando, confirmou-se através de uma resposta de P6:

*“O problema de comunicação é com equipe, usuários e coordenação”* (P6).

Novamente, pelas coletas, confirmam-se as características de poder centrado nos dirigentes, assim como a ausência de controle social, conforme anunciam Campos e Domiti (2007, p. 404).

#### 4.4.1.4 Epistemológico

A quinta subcategoria de obstáculos à atuação do psicólogo é de características **epistemológicas**. Para Cabral (2006, p.100), a palavra epistemológica significa um estudo filosófico da origem, natureza e limites do conhecimento. Pode significar também os diferentes níveis de conhecimento do processo saúde/doença com que os profissionais da Saúde trabalham.

Houve dois grupos de falas com denúncias de conteúdos epistemológicos, dificultando a atuação do psicólogo. O primeiro grupo de falas que denota dificuldade de atuação do psicólogo foi o que denuncia um *preconceito* para com o doente e um *desconhecimento*. O segundo grupo foi identificado como advindo da *formação para clinicar*.

Durante a coleta individual do primeiro grupo, que mostram que as dificuldades de atuação advêm de resistência pelo *preconceito*, e resistências pelo desconhecimento apareceram três afirmações.

*“Existe preconceito profissional para com o doente”* (P6 e P9).

*“Eles, a equipe de saúde não conhecem a Reforma Psiquiátrica”* (P3 e P6).

*“A resistência é pelo desconhecimento”*. (P1, P2, P5, P6 e P9)

Na coleta em grupo, houve silêncio dos participantes. Sobre esse primeiro grupo de falas, a coleta veio confirmar a teorização de Campos e Domiti (2007, p. 405) sobre os diferentes níveis de compreensão do processo saúde/doença. Os profissionais trabalham com diferentes níveis de compreensão nesse processo.

O segundo grupo de falas foi identificado como dificuldades epistemológicas advindas da *formação para clinicar*. Para Cabral (2006, p.60), a palavra clínica significa método que se caracteriza por estudar o indivíduo como um todo, confiando mais na intuição do que em medidas. Unindo estas duas definições em Psicologia analítica, que é a formação que mais influencia o psicólogo, significaria uma tendência a trabalhar com uma concepção de que as pessoas são determinadas por forças inconscientes infantis e patológicas. De uma frequência de 22 falas, nas entrevistas individuais, dezesseis são sobre o ato de clinicar, as outras seis são ao redor deste mesmo ato.

- “Sem retorno é impossível clinicar”* (P5).
- “Nas clínicas conveniadas clinica-se”* (P3).
- “Pedido do psicólogo clínico pelos usuários é inacabável”* (P4).
- “É difícil mudar o papel de clínico”* (P5, P6 e P9).
- “Fomos formados para clinicar”* (P1, P4, P5, P6 e P7).
- “Sem clinicar, psicólogos não agüentam e saem da prefeitura”* (P4).
- “Equipes e usuários cobram o papel de psicólogo clínico”* (P3, P5, P6, P7).
- “É assustador não poder atender”* (P4)
- “Na prefeitura não se usa a palavra atender”* (P8).
- “Estrutura e dinâmica do psicólogo é para cura” e “Chorar, deprimir, que é natural, já supõe tratamento”* (P5).
- “Na E.M. trabalhamos com outra coisa, não com tratamento” e “Seria mais fácil atender individualmente”* (P2).

Na coleta em grupo, houve a confirmação da formação para clinicar e o reconhecimento que não houve formação comunitária.

- “A nossa formação não é comunitária”* (P4).
- “As U.S. sabem que não fazemos atendimento clínico”* (P7).
- “A gente é formado especificamente para clínica, isso dificulta”* (P4).

As afirmativas acima mostram, conforme Yamamoto et al (2003), que existe uma desvinculação do trabalho psicológico com os princípios do SUS. A principal dificuldade é de não conseguir ultrapassar as concepções individualizantes, advindas de uma formação clínica embasada no modelo psicanalítico. Esta incapacidade implica na não-adoção de um conceito de saúde equânime e preventivo.

Witter et al (2005), discorrendo sobre a atuação do psicólogo, mostram que isso pode apresentar resistência à mudança por causa da insuficiência de conhecimento na área emergente. Neste caso, a área emergente seria um trabalho pautado pelo SUS na instituição pública de saúde. Esta resistência a mudança pode mostrar uma incapacidade de atentar para a área social, e isso não o habilita a trabalhar de modo mais competente. Expressa, então, o pensamento de que se a formação assumir um compromisso com um

entendimento mais amplo, talvez saiam psicólogos mais capacitados da formação formal.

#### 4.4.2 Processo de trabalho

A segunda categoria de dificuldades na atuação do psicólogo está relacionada com o **processo de trabalho**. Para Ribeiro et al (2004), o processo de trabalho em Saúde é coletivo e institucional, com características profissionais e divisão parcelar, segundo a lógica taylorista. Para Taylor, como mecanismo de aumento de produtividade, a lógica é a divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção. O item a seguir *trabalho em si e treinamento*, aparecem como influência no processo de trabalho.

##### 4.4.2.1 Trabalho em si

O primeiro aspecto são dificuldades vivenciadas pelo psicólogo com o *trabalho em si*. Para Santo (2003), trabalho é entendido como todo esforço que o homem, no exercício de sua capacidade física e mental, executa para atingir seus objetivos, em consonância com princípios éticos. Nas coletas individuais, três falas se apresentam. A primeira está relacionada à *dificuldade de ser gestor*, sendo que, gestor tem o sentido de administrar o programa de saúde mental nas Unidades Sanitárias. A segunda fala refere-se ao *trabalho em si*, onde a dificuldade é se incluir como psicólogo na E.S.F. A terceira fala demonstra a *depreciação de sua meta*.

*“É difícil ser gestor” (P5).*

*“A dificuldade é com o trabalho em si mesmo” (P9).*

*“Acabamos com nossa meta e fazemos visita domiciliar” (P7).*

Na coleta em grupo, com uma fala apenas, o psicólogo alega que não houve discriminação do trabalho.

*“Não é discriminado para nós o trabalho” (P4).*

A dificuldade de ser gestor em Saúde Mental e a dificuldade com o trabalho em si mesmo são coerentes com o que mostram Blank et al (2004, p. 438-446) de que a proposta na E.S.F. é um desafio, pois se propõe a uma ruptura com o modelo biomédico existente na Saúde. O modelo biomédico influencia tanto a formação quanto a prática. Este desafio implica em uma nova ética.

#### 4.4.2.2 Capacitação e educação em saúde

O segundo aspecto que influi no processo de trabalho refere-se às dificuldades advindas do *treinamento* para a função de psicólogo. Sendo treinamento definido como séries de exercícios sistemáticos através dos quais se preparam pessoas para alguma atividade ou tarefa futura. Pela Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde, segundo Brasil (2005), instituiu os Pólos de Educação Permanente em Saúde. Os pólos constituem-se em mecanismo fundamental na transformação do trabalho no setor da Saúde. Esta transformação visa que o trabalho seja de atuação técnica, competente e de ação crítica e propositiva. Para Salvador (1999), a educação permanente é uma finalidade social que responde a dois princípios básicos: a capacidade de mudança que o homem precisa ter durante sua vida com aprendizagem e adaptação, e o direito inalienável à educação como expressão de liberdade e meio à liberdade individual e social. Na coleta individual, aparecem falas sobre *treinamentos inadequados*.

*“Recebemos treinamentos inadequados” (P4).*

*“Treinamento são em descompasso com o fazer” (P4).*

Esta inadequação é confirmada na primeira coleta em grupo:

*“Há treinamentos bons e ruins” (P5).*

*“Eu nunca vi, por exemplo, um treinamento para psicólogo do município” (P1).*

*“Não nos dizem que o psicólogo tem que ir até aqui e tem que fazer mais ou menos isso” (P4).*

Para Fontinele (2003), o processo de capacitação e educação dos profissionais da Saúde deve ser contínuo, de acordo com as exigências que a dinâmica dos problemas das equipes apontam. Observa-se que não existe uma continuidade no processo de educação e capacitação dos psicólogos que trabalham nas E.M. no município de Curitiba.

#### 4.4.3 Contradições

A terceira categoria de dificuldades de atuação são as **contradições** com as quais convive o psicólogo. Esta palavra significa incompatibilidade entre alegações atuais e anteriores, entre palavra e ações. Essas contradições aparecem em três conteúdos. Primeiramente, na Resolução nº 287, homologada pelo então Ministro da Saúde, José Serra, de que o psicólogo estaria entre as quatorze profissões que integram a área da Saúde; Segundo, quanto à carga-horária; e terceiro, quanto ao índice de desenvolvimento de qualidade (IDQ), variável usada na avaliação de desempenho. Nas entrevistas individuais, as falas mostram que o psicólogo faz E.S.F. e não recebe E.S.F. Coerente com a Resolução nº 287, o psicólogo da E.S.F. trabalha oito horas, e psicólogos das unidades básicas trabalham seis horas. Na coleta grupal, entre outras falas, aparece também a insatisfação com o IDQ.

*“O psicólogo atua na estratégia de saúde da família e não recebe como E.S.F.”*  
(P3 e P4).

*“O psicólogo na E.S.F. faz oito horas e o psicólogo na unidade básica de saúde faz seis horas”* (P4).

Quando, na coleta grupal, perguntou-se o significado das respostas emitidas anteriormente, apareceram “*risadas*” de quase todos os sujeitos pesquisados. As risadas foram complementadas com a frase de descontentamento, desmotivação, desvalorização, informação da diferença de IDQ, e pondo a decisão deste ato em esfera política.

*“É um descontentamento geral”* (P3).

*“Ser E.S.F. e não receber como E.S.F. desmotiva” (P5).*

*“Representa uma desvalorização do psicólogo na Saúde” (P6).*

*“Tem unidades que recebem IDQ 30% nós, psicólogos, recebemos IDQ 20%” (P3).*

*“Esta decisão de recebermos ou não, é de uma esfera política” (P6).*

O termo *contradição* resgata uma discussão que Minayo (2000, p. 22) faz, quando discute a especificidade da pesquisa qualitativa. Mostra a autora que o sujeito do estudo é gente em determinada condição social, pertencente à determinada classe social, com suas crenças valores e significados. Considera também este objeto como complexo, *contraditório*, inacabado e em permanente transformação. A autora (MINAYO, 2000, p.17) acredita que são muito poucas as aproximações dialéticas que assimilam as relações que transpassam suas políticas e institucionalizações, partindo do ponto de vista dos sujeitos sociais.

#### **4.4.4 Infra-estrutura**

A quarta categoria de obstáculos à atuação do psicólogo é advinda de dificuldades de infra-estrutura. O termo *infra-estrutura* significa o conjunto de obras necessárias à implantação de uma construção ou de um conjunto de instalações. Designa, também, o conjunto de meios técnicos para o desenvolvimento de uma atividade ou para o funcionamento de uma organização. Estes obstáculos, relativos à infra-estrutura, relatados foram divididos em quatro subcategorias: *espaço, material, transporte e informática*. Durante a coleta individual, os psicólogos falam de problemas com *sala*.

*“Não temos sala de atendimento em grupo” (P5 e P7).*

*“Temos problemas com falta sala” (P1, P4, P5, P6, P7 e P8).*

Na coleta grupal, confirma-se a inexistência de sala e mostra que sem ela não há privacidade.

*“Não temos sala” (P4).*

*“Sem sala é impossível uma privacidade” (P5).*

Durante a coleta individual, os psicólogos falam de problemas com *material didático*.

*“Falta material didático” (P4, P5 e P7).*

Na coleta grupal, confirma-se a inexistência de material.

*“Não tem material” (P4).*

Durante a coleta individual os psicólogos falam de problemas com *locomoção*.

*“Atendemos várias U.S. com nosso carro” (P5, P6, P7 e P8).*

Na coleta grupal, confirma-se que a locomoção é custosa.

*“Custa tempo e dinheiro locomover-nos por conta própria” (P5).*

Durante a coleta individual, os psicólogos falam de problemas com *informática*.

*“Sem internet para pesquisa ou trabalhar” (P7).*

Na coleta grupal, confirma-se que a organização de palestras é feita na casa do psicólogo com seu equipamento de informática.

*“Montar palestras é na tua casa, com o teu computador” (P4).*

Para Brasil (2007, p. 25 - 3) a administração pública no contexto do SUS deve mobilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da

União, estados e municípios para prestação de serviços de assistência à saúde da população. Esta obrigação das instâncias governamentais está amparada na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde.

#### **4.5 Conhecimentos objetivos e subjetivos necessários à atuação do psicólogo**

A quarta questão descreve os conhecimentos objetivos e subjetivos necessários à atuação do psicólogo nas equipes matriciais. Para o estabelecimento das diferentes categorias, percorreu-se um caminho inverso das três categorias anteriores. Inicialmente, estabeleceram-se um rol de categorias a partir das pesquisadas e, secundariamente, procurou-se na literatura fundamentação legal para as categorias que anteriormente eram as denominadas preconizadas, agora denominadas de legalizadoras. As pesquisadas são divididas também em 1ª coleta, que foram pesquisadas individualmente, com os nove psicólogos, e 2ª coleta, em grupo.

##### **4.5.1 Conhecimentos objetivos**

A primeira categoria de conhecimentos necessários a atuação do psicólogo é denominado de conhecimentos **objetivos**. Sendo que conhecimento significa as operações pelas quais a mente procede a análise de um objeto, de uma realidade, de modo a definir sua natureza, apreciação e discernimento. A palavra objetivo, para Cabral (2006, p. 223), significa quando se volta de modo absoluto para o objeto a ser conhecido em exame, isto é, sem interferência pessoal. Esta parte é composta de seis subcategorias: disciplinas psicológicas, múltiplos saberes, conhecimentos administrativos, prevenção, abordagem interdisciplinar e políticas públicas de saúde.

##### **4.5.1.1 Disciplinas psicológicas**

A primeira subcategoria do conhecimento objetivo necessário á atuação do psicólogo é ter noção de várias disciplinas teóricas ligadas à **Psicologia**. Psicologia, segundo Cabral (2006), significa disciplina que visa ao conhecimento das atividades mentais, afetivas e do comportamento do ser humano. São as seguintes disciplinas: psicoterapias, psicologia social, psicologia jurídica, fases evolutivas e psicopatologia e doença.

#### **4.5.1.1.1 Psicoterapias**

A primeira denomina-se *Psicoterapias*. A palavra Psicoterapia, conforme Cabral (2006) significa o conjunto de técnicas terapêuticas psicológicas empregadas para tratar os distúrbios psicológico, cuja origem é psíquica, mesmo que a manifestação seja somática. Esta é composta de quatro outras sub-subcategorias de conhecimento que são: *grupo, casal, família e comunitária*. Estas quatro atividades são formas de atuação amparadas legalmente em um comunicado feito à Organização Internacional do Trabalho, em 1992, pelo Conselho Federal de Psicologia, que discorre sobre as atribuições profissionais do psicólogo.

#### **Psicoterapia de grupo**

Solicitam os sujeitos pesquisados que gostariam de ter conhecimentos de *terapia de grupo*. Como escreve Mello F<sup>o</sup> (2000, p. 39), o grupo operativo é uma psicoterapia de grupo na qual Pichon-Rivière amálgama conceitos psicanalíticos e conceitos marxistas. Para Pichon, no grupo operativo coincidem o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa. E, na tarefa, é possível resolver situações existenciais. Os medos paralisam a ação do ego, tornando-o impotente, e é por meio de técnicas operativas que se criam novas condições aos usuários. As tarefas permitem fortalecer seus egos, tornando-os plásticos e agressivos. Na entrevista individual, dizem os pesquisados que estão sem formação e não sabem trabalhar em grupo.

*“Gostaria de saber trabalhar em grupo”* (P1, P2 e P6).

*“Estamos sem formação para trabalhar em grupo”* (P1, P5 e P8).

Na coleta em grupo o entrevistado mostra que o psicólogo tem que procurar ajuda e que, estar sem formação não inviabiliza o trabalho.

*“Há que procurar ajuda para se especializar”* (P5).

*“Estar sem formação não inviabiliza o trabalho”* (P5)

### **Psicoterapia de casal**

Os pesquisados solicitam que gostariam de ter conhecimentos de *terapia de casal*. Para Costa (2000, p.143), a terapia de casal é uma forma particular de tratamento de família, que segue predominantemente o modelo sistêmico e prioriza as interações atuais do casal, sem levar em conta a história individual. Na coleta individual, dizem os pesquisados que existe uma necessidade de conhecimento para trabalhar com casal.

*“Gostaria de saber trabalhar com casal”* (P2).

Na coleta em grupo, o entrevistado fala que não existem atuações específicas.

*“Não existem atuações específicas”* (P5).

### **Psicoterapia de família**

Solicitam os pesquisados que gostariam de ter conhecimentos objetivos de *terapia com família*. Para Ravazzola et al (1977, p. 295), terapia familiar implica uma expectativa do terapeuta que os membros da família produzam no

processo terapêutico, e depois em sua vida, um contexto de idéias, interações e formas organizativas diferentes do que produziram até o momento da procura por ajuda.

Na coleta individual, falam os pesquisados de uma dupla necessidade de não saber trazer a família como cúmplice, e da necessidade do conhecimento para trabalhar com família.

*“É difícil de trazer a família para cúmplice do paciente” (P2).*

*“É necessário conhecimento para trabalhar com família” (P2 e P3).*

Na coleta em grupo, o entrevistado descarta o trabalho com família e desloca o fazer para programas e serviço.

*“O nosso trabalho é para sensibilizar os usuários para programas e serviços” (P5).*

### **Psicoterapia comunitária**

Solicitam os pesquisados que gostariam de ter conhecimentos para trabalhar com *terapia comunitária*. A Psicologia na comunidade, segundo Andery (1999, p. 207), consiste numa tentativa de aproximação das classes populares, auxiliando na conscientização de sua identidade psicossocial de classes submissas e dominadas, como primeiro passo para uma superação dessa degradante situação de submissão.

Na coleta individual, dizem os pesquisados que tem necessidade do conhecimento de terapia comunitária.

*“Gostaria de saber trabalhar com a comunidade” (P1, P2, P3, P6 e P7).*

Na coleta em grupo, o entrevistado fala que o trabalho na comunidade depende da personalidade do psicólogo.

*“Depende da personalidade do psicólogo passar alguma coisa na comunidade” (P6).*

A discussão das subcategorias: grupo, casal, família, comunidade, neste segundo momento, renova a discussão que já se teve em um momento anterior, quando se falava das concepções das equipes matriciais. Solicita-se então um conhecimento. Solicitam-se várias formações.

Ferreira e Witter (2005, p. 36), discorrendo sobre a formação do psicólogo, alegam que, com a introdução das novas diretrizes curriculares, pode estar começando uma nova fase na formação do psicólogo. Alegam também que as formações devem acompanhar as mudanças constantes da sociedade e do mercado de trabalho.

Conforme mostra Brasil (2007, p. 54 -1), a educação permanente tem como objetivo o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade, para a equidade no cuidado e no acesso ao serviço. Existe uma revalorização do processo de trabalho como centro privilegiado do processo de aprendizagem.

Então se resgata a afirmativa de um dos teóricos dos primórdios da Reforma Sanitária, que é Sarraceno (1996), onde diz que “existem práticas a espera de teoria”. Podemos retificar com a seguinte frase: “não existem práticas, pois não existem teorizações que sustentem estas práticas”.

#### **4.5.1.1.2 Psicologia Social**

Solicitam os pesquisados que gostariam de ter conhecimentos de *Psicologia Social*. Para Strey (2008, p. 33), existem duas formas diferentes de Psicologia Social: psicológicas e sociológicas. As formas psicológicas reduzem as explicações do coletivo e do social ao individual, e as formas sociológicas buscam uma superação da dicotomia entre o individual e o coletivo, não reduzindo o social ao individual.

Na coleta individual, fala o pesquisado da necessidade de saber Psicologia Social.

*“É necessário saber Psicologia social” (P7).*

Na coleta em grupo fala o entrevistado que esta matéria é de domínio da

graduação.

*“Este é uma matéria da graduação” (P5).*

#### **4.5.1.1.3 Psicologia Jurídica**

Solicitam os pesquisados que gostariam de ter conhecimentos de *Psicologia Jurídica*. A definição que Jacó-Vilela (2000, p.17) fornece sobre Psicologia Jurídica situa-se além da área de um delito. Explica que este ramo envolve principalmente família, infância e adolescência, e que implica em como o psicólogo atuará diante este encargo, sendo um estrito avaliador da intimidade ou lembrar-se-á que este sujeito-cidadão é pautado por direito e deveres, espaço onde perpassam outros discursos e práticas.

Na coleta individual, falam os pesquisados da necessidade de saber Psicologia Jurídica para emitir laudos.

*“É necessário o conhecimento de psicologia Jurídica para montar laudos” (P3).*

Quando da coleta em grupo, foi reafirmado essa necessidade, assim como alega o psicólogo que este conhecimento é das graduações.

*“Este conhecimento deveria ser dado nas capacitações” (P5).*

*“Relatório para o ministério público, não se sabe fazer, nunca se teve capacitação para isso”. (P5)*

A discussão teórica do desejo de conhecer Psicologia Social implica uma reedição ou aprimoramento dos conteúdos aprendidos durante a graduação. A Psicologia Jurídica, por outro lado, para Witter (2005), é uma área emergente e que nem sempre é focada na graduação. Apesar dessa diferença na graduação, usa-se nestas subcategorias a mesma explicação que se usou para a subcategoria Treinamento.

Para Fontinele (2003), o processo de capacitação e educação dos profissionais da Saúde deve ser contínuo, de acordo com as exigências que a

dinâmica dos problemas das equipes apontam. Observa-se que não existe uma continuidade no processo de educação e capacitação dos psicólogos que trabalham nas E.M. no município de Curitiba.

#### **4.5.1.1.4 Faixas Etárias**

Solicitam os psicólogos que gostariam de ter conhecimentos da disciplina de *Faixas Etárias*. As Faixas Etárias são estudadas em Psicologia pela matéria de Psicologia do Desenvolvimento. Para Gerrig (2005), a Psicologia do Desenvolvimento trata das mudanças no funcionamento físico e psicológico que ocorrem desde a concepção até o final da vida das pessoas. A premissa básica é a de que o funcionamento mental, os relacionamentos sociais e outros aspectos da vida humana se transformam durante o ciclo vital.

Durante as entrevistas individuais, expressou um psicólogo a sua necessidade de conhecer as Faixas Etárias.

*“É preciso conhecer as faixas etárias para trabalhar na saúde” (P8).*

Na entrevista grupal, novamente encontra-se a informação, por outro psicólogo, de que este saber é da formação.

*“É básico na formação do psicólogo conhecer as faixas etárias” (P5).*

Esta solicitação se justifica, pois com as informações advindas de uma teoria psicológica, o profissional terá condições de trabalhar com os pedidos de cada uma das faixas etárias. Ainda, segundo Gerrig (2005), o modelo de estágios psicossocial de Erik Erikson é uma ferramenta muito utilizada para compreender o desenvolvimento humano no decorrer da vida. Para Erik Erikson, o ser humano, no seu ciclo vital, passa por oito estágios. Em cada um desses estágios vão se apresentar crises que, se resolvidas adequadamente, vão propiciar resolução com sucesso nos estágios posteriores. Porém, apesar de se justificar como área de aprimoramento, essa é uma disciplina consagrada na graduação.

#### 4.5.1.1.5 Psicopatologia e doença

Outro nível de conhecimento objetivo relacionados com a atuação do psicólogo é denominado de *Psicopatologia e doença*. Sendo que a *psicopatologia* é o estudo das *doenças* mentais. Solicitam os pesquisados, na coleta individual, que gostariam de ter conhecimentos de Psicopatologia e, por outro lado, informam que sabem trabalhar apenas com a doença. Aparece uma contradição entre falas de três psicólogos.

*“É preciso conhecer psicopatologia para trabalhar na saúde pública.”* (P8).

*“Sabemos trabalhar apenas com a doença”* (P6 e P7).

Na coleta em grupo, um psicólogo afirmou que este saber é básico da formação.

*“É básico na formação o conhecimento de psicopatologia”* (P5).

O modelo de promoção da saúde, segundo Almeida e Andrade (2003, p. 97), traz algumas críticas às teorias da saúde e doença, decorrente do modelo biomédico. A clínica resultante desse enfoque é baseada no modelo causal, decodificando as queixas e identificando o processo psicopatológico. Porém, no modelo da promoção da saúde, é importante desenvolver uma perspectiva inter e transdisciplinar na abordagem da enfermidade. Propõe, então, um modelo que denomina “holopatogênese”, que compreende todas as facetas do objeto complexo do conhecimento. Para Campos (2006, p.23 - 3), a teoria de Almeida (2004), com o conceito de “modo de vida”, aproxima-se do seu modelo denominado Paidéia. Este modelo amplia o coeficiente de intencionalidade dos sujeitos viventes nesse caldeirão de mudanças contínuas. Afirma Campos que, além da determinação social, tem que se levar em conta os sistemas de saúde e a subjetividade.

#### 4.5.1.2 Múltiplos saberes

A segunda subcategoria do conhecimento objetivo, necessária à atuação do psicólogo é denominada de **múltiplos saberes**. Durante a coleta individual, dois psicólogos informaram que uma multiplicidade de saberes é necessária para o psicólogo pode atuar em saúde.

*“Multiplicidades de saberes são necessárias ao Psicólogo” (P2 e P8).*

Na coleta grupal, há uma proposta de um psicólogo de estar aí a razão para fazer um curso para os psicólogos do município.

*“Esta aí, uma proposta de se realizar cursos para os psicólogos do município” (P1).*

Pois, como a Psicologia não esta sendo capaz de dar resposta as reais exigências de um profissional pautado pelo pensamento promotor da saúde, mantendo-se num certo elitismo, novas diretrizes curriculares foram estabelecidas. O Conselho Nacional de Educação em sua Resolução nº. 8, de 7 de maio de 2004, estabelece as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Psicologia. Em seu artigo 3º, no parágrafo “C” assim esta escrito:

Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para a compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimentos que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico (DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS, 2004, Art. 3º, § C).

#### 4.5.1.3 Conhecimentos administrativos

A terceira subcategoria do conhecimento objetivo necessário à atuação do psicólogo é denominada de **conhecimentos administrativos**. Sendo que, Administração é definida por Megginson et al (1998) como o trabalho com recursos humanos, financeiros e materiais para atingir objetivos organizacionais, através do desempenho das funções de planejar, organizar,

liderar e controlar.

*“É necessário conhecer o fluxo administrativo” (P9).*

#### **4.5.1.4 Abordagem interdisciplinar**

A quarta subcategoria do conhecimento objetivo necessário à atuação do psicólogo é denominada de **abordagem interdisciplinar**. Sendo que, para Nicolescu (1999), a palavra *abordagem* significa o modo como se deveria trabalhar e, a palavra *interdisciplinaridade* diz respeito à transferência de métodos de uma disciplina para outras.

Durante a pesquisa individual, informam os psicólogos a importância da interação. Mostram a importância da prática em relação à formação, questionam o papel do psicólogo no SUS, indagam sobre como atuar de forma interdisciplinar e da necessidade de se ter uma visão sistêmica.

*“A interação é necessária” (P9).*

*“A prática é melhor que a formação” (P1).*

*“Qual o papel do psicólogo no SUS?” (P7).*

*“Como atuar de forma interdisciplinar?” (P6).*

*“O enfoque sistêmico deveria ser trabalhado na faculdade” (P3).*

Durante a coleta em grupo, a fala de um pesquisado mostra a necessidade da inter-relação entre a prática e a formação.

*“A prática deve ser atrelada à formação” (P5).*

Estas falas encontram amparo teórico em dois grupos de trabalho. O primeiro deles é de Fontinelli (2003), que discorre sobre E.S.F., dizendo que a abordagem interdisciplinar requisitada solicita o trabalho do psicólogo. Uma segunda solicitação advém das atribuições do psicólogo enviadas à Organização Internacional do Trabalho pelo Conselho da Classe dos Psicólogos (Psicologia, 1992), sendo as seguintes destacadas:

- Atentar para aspectos interpessoais e intrapessoais;
- Compreender o indivíduo, casal, família, grupo e comunidade;
- Reconhecer fatores determinantes de nível pessoal, familiar, social, político, histórico e cultural;
- Respeitar à dignidade e integridade do ser humano;
- Participar de tarefas em nível individual, interdisciplinar e intersetorial;
- Participar, acompanhar e elaborar planos em nível de atenção primária e de promoção de saúde;
- Atuar junto à equipe multiprofissional, levando a reconhecer os fatores emocionais presente na atuação desta equipe (PSICOLOGIA, 1992).

Este segundo grupo de falas é coerente com as especificidades do ato psicológico no SUS.

#### **4.5.1.5 Políticas públicas de saúde**

A quinta subcategoria de conhecimentos objetivos necessários à atuação do psicólogo é denominada *Políticas Públicas de Saúde*. Esta subcategoria é composta de uma tríade de solicitações que são *noções de saúde pública, SUS e políticas públicas*. Elas foram reunidas em um tópico apenas, dado à proximidade de conteúdos teóricos que representam.

Para Almeida et al (2001), o *SUS*, de acordo com o artigo 4 da Lei Federal nº 8080, pode ser definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público” e complementarmente “[...] pela iniciativa privada”.

Para este mesmo grupo de escritores, *atos políticos* podem ser definidos como a regulação, entendida como permissão e proibição de uma determinada forma de ser de um grupo ou parte deste grupo.

Durante as pesquisas individuais, uma tríade de conhecimentos revela-se necessária, noções de SUS, noção de saúde pública e conhecer políticas públicas.

“Eu gostaria de ter noção do SUS” (P7).

“Gostaria de ter noção de saúde pública” (P6).

*“Gostaria de conhecer políticas públicas” (P3 e P7).*

Aparece, na pesquisa grupal, um alerta que se deve procurar e também a existência de material no distrito sanitário.

*“Deve-se procurar a capacitação e não esperar” (P5).*

*“Existe material sobre este assunto no distrito” (P5).*

Estes pedidos encontram apoio no referencial de atuação estabelecido entre o Centro de Referência Teórica em Psicologia e Políticas Públicas, doravante CREPOP, e o Centro de Referência em Serviço Social do Sistema Unificado de Assistência Social, doravante identificado pela sigla CRAS/SUAS (PSICOLOGIA 2008). O referencial estabelece um parâmetro de ação com vistas à atuação do profissional em políticas públicas junto ao Centro de Referências em Serviço Social.

#### **4.5.1.6 Prevenção**

A sexta categoria de conhecimentos objetivos necessários à atuação do psicólogo é denominada **prevenção**. Esse termo, para Czeresnia (2003, p. 45), significa um elenco de intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

Na coleta realizada individualmente com os psicólogos, eles afirmam não saber trabalhar com prevenção.

*“Nós os psicólogos, não sabemos trabalhar com prevenção” (P5, P6 e P7).*

Quando se desloca o olhar para a coleta em grupo, um psicólogo diz saber da incapacidade de trabalhar com prevenção, e outro explica que é mais fácil focar na doença.

*“Tem-se conhecimento da incapacidade de fazer prevenção” (P5).*

*“É mais fácil focar a atenção na doença” (P6 e P7).*

Estas falas encontram eco no que diz Bastos (1994, p. 39), de que a atenção primária e a prevenção exigem do psicólogo um engajamento diferente, pois era até então formado para lidar com “distúrbios psicológicos”. O momento, segundo esse autor, é definir quais as funções ou o que fazer nesse novo contexto.

#### 4.5.2 Conhecimentos subjetivos

A categoria denominada de conhecimentos ou aspectos **subjetivos** é variável, questionada como necessária à atuação do psicólogo. Diz-se do aspecto subjetivo do que é individual e válido para um só sujeito, assim como suscetível de variar em função da personalidade de cada um. A primeira coleta de nível individual é composta de dez variáveis, com falas dos psicólogos. A terceira fala foi feita por dois psicólogos. Na devolutiva e coletora em grupo, em relação a primeira fala, feita individualmente, não houve considerações. Estas falas podem ser enquadradas em um pronunciamento que “pede respeito ao ser humano”. Este pronunciamento se encontra amparado no acordo Psicologia (1992). São as seguintes as afirmativas e as suas confirmações:

<b>CONHECIMENTOS SUBJETIVOS</b>	
<b>Coleta individual</b>	<b>Coleta em grupo</b>
“Abertura para criar, isto é bom” (P5).	
“Gosto pelo trabalho” (P1).	“É necessário gostar de ouvir” (P5).
“Versatilidade” (P2 e P9).	“Versatilidade é imprescindível” (P5).
“Persistência” (P9).	“Persistência é necessário na E.M.”(P5).
“Paciência” (P9).	“Paciência é necessário na E.M. ”(P5).
“Você se insere no trabalho como você é” (P5).	“A maneira de o psicólogo trabalhar depende da personalidade dele” (P5).
“Esperança de ser E.S.F.” (P3).	“Com o NASF nós estamos dentro” (P5).
“Esta é uma conquista almejada, ser E.S.F.” (P3).	“Concordo” (P5).
“O preenchimento dessas faltas facilitaria	“Concordo” (P5).

o trabalho" (P3).	
-------------------	--

A pergunta “*o que é um sujeito?*” que Onocko Campos e Campos (2006) incluem em seu texto, capítulo do livro *Tratado de Saúde Coletiva*, consiste num percurso teórico desde a idade antiga até a contemporânea sobre a subjetividade. Discorrem sobre o processo percorrido pelo ser humano desde uma fragilidade constitucional até uma autonomia com responsabilidade.

Mostram que os profissionais da Saúde são sujeitos que trabalham para e com outros sujeitos. Para a produção de saúde, estes usam o vínculo onde se propõe a recolocar o sujeito na responsabilização de sua própria vida. Os objetivos de um trabalho em saúde a partir do vínculo seria a co-construção da capacidade de reflexão e de ação autônoma dos envolvidos, ou seja, os próprios trabalhadores e os usuários de saúde ser responsáveis pela sua vida.

O valor da *autonomia* é o cerne de sua teorização. Ao redor deste valor aparecem os seguintes conteúdos:

- O sujeito e sua singularidade;
- A capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependência;
- Capacidade dos sujeitos de agir sobre si mesmos;
- Capacidade de agir sobre o contexto conforme objetivos democraticamente definidos;
- O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca;
- Autonomia e responsabilização;
- Homem com capacidade de crítica, reflexão e democrático.

Então, embora os valores anteriormente coletados com os psicólogos sejam valores subjetivos, estão dissonantes com os valores essenciais do mentor das equipes matriciais. Será que a graduação em Psicologia, da qual os psicólogos foram sujeitos, influenciados pelo modelo biomédico, estabeleceu certa distância dos valores de autonomia e reflexão? Uma segunda inferência que se pode fazer é que esta incapacidade de trabalhar com valores de autonomia e reflexão não retratam a própria vivência que os psicólogos têm em

seu papel profissional, demonstrando certa apatia e imobilidade perante os coordenadores de saúde mental.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção inicial do pesquisador era estudar o padrão de atuação do psicólogo na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Quando se organizou a introdução do projeto de pesquisa, percebeu-se que havia limitações na identidade profissional e obstáculos de apoio matricial que comprometem a atuação do psicólogo no novo modelo sanitário. Naquele momento, encontrou-se, então, uma justificativa para o estudo da atuação do psicólogo. Essas limitações permitiram levantar problemas e, por conseguinte, objetivos a serem pesquisados.

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a atuação do psicólogo nos Distritos Sanitários do Bairro Novo, Cajuru e Pinheirinho da Prefeitura Municipal de Curitiba sob a perspectiva das equipes matriciais.

Especificamente, identificou as concepções dos psicólogos sobre conhecimento das equipes matriciais dos Distritos Sanitários; descreveu sobre a atuação dos psicólogos; descreveu as dificuldades de atuação dos psicólogos sob a perspectiva das equipes matriciais; descreveu quais os conhecimentos objetivos e subjetivos que o psicólogo poderia/deveria ter em sua atuação para corresponder à demanda de atendimento de uma equipe matricial.

Para a execução desta pesquisa exploratória, a análise descritiva foi a opção como caminho metodológico. A amostra foi definida pela repetição dos dados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, individuais e em grupo, com registro dos depoimentos por meio de gravação e posterior transcrição e análise dos conteúdos.

Com os resultados das entrevistas semi-estruturadas enriquecidas pela entrevista devolutiva em grupo, os achados apontam para:

Quanto ao primeiro objetivo - concepção da organização das equipes matriciais - encontraram-se práticas psicológicas no que diz respeito ao arranjo organizacional em seus três padrões de relacionamento com as seguintes características:

1ª - No que diz respeito ao *atendimento transversal* atitudes

politicamente corretas, quando falam de apoiar Unidades Sanitárias. Atitudes politicamente controversas, quando falam em constituição de equipe junto aos Agentes de Saúde em Alcoolismo (ASA). Esses profissionais não compõem equipe matricial e muito menos o NASF.

2ª - Abordagens orientadas para a *abordagem* multidisciplinar - o que realmente existe é uma atuação isolada do psicólogo.

3ª - Atuações com um *conhecimento teórico* em processo de construção, que se caracteriza por não oferecer sustentação ideológica.

Quanto ao segundo objetivo - atuações dos psicólogos sob a perspectiva das equipes matriciais - encontraram-se atuações multifacetadas, desde um acompanhamento pelo psicólogo das interações individuais até inserções deste profissional na comunidade. Neste intermédio, suas atuações foram passando por atender, casal, família, incluindo-se na instituição e comunidade, porém, apresentando fragmentação no segmento casais e famílias, instâncias por excelência na nova Estratégia de Saúde da Família, no que tange ao papel do psicólogo. Apresentaram alta incidência na realização de educação para a saúde, com a realização de palestras a grupos pré-determinados (hipertensos, gestantes, humor, diabéticos e lactantes). Apresentaram também uma multiplicidade de abordagens e atuações que chocaram os próprios psicólogos estudados, levando-os a solicitar um protocolo norteador de atividades, dada à diversidade de atuação desse profissional de Saúde Mental.

Quanto ao terceiro objetivo - dificuldades de atuação - confirmou-se o escrito de Campos e Domiti (2007) sobre a existência de obstáculos no desempenho das equipes. Houve falas sobre os obstáculos estruturais, demanda e carência, política e comunicação e epistemológico. Sobre o primeiro obstáculo estrutural, a maior freqüência foi sobre a fragmentação, advinda da resistência pelo desconhecimento em relação à doença mental, assim como houve confirmação da desresponsabilização. Houve a confirmação do excesso de demanda e carência de recursos, e que o atendimento a várias Unidades de Saúde dificulta uma aproximação com as equipes das U.S. e os usuários. Apresentaram-se também problemas de comunicação, assim como se confirmou o obstáculo advindo do problema epistemológico. A formação do psicólogo a partir do modelo biomédico confirma a denúncia de Dimenstein (2000) de que a concepção no campo psicológico não é contextualizada,

relativizada. Esta não-contextualização nega aspectos políticos, sociais, históricos e ideológicos que seriam inerentes à subjetividade.

Quanto à quarta questão - solicitações de conhecimento necessárias às atuações na perspectiva das equipes matriciais - são de níveis objetivo e subjetivo. Os conhecimentos objetivos solicitados são formações psicoterapêuticas em nível individual, de casal, de família, institucional e comunitária. Estes saberes são uma repetição das aquisições da graduação enriquecidas com conteúdos de especialização. Apareceram também solicitações de outros saberes como Psicologia Social, Psicopatologia, Faixas Etárias, que são uma repetição da graduação, assim como solicitações de áreas emergentes como Psicologia Jurídica, Prevenção, Políticas Públicas e Abordagens. As solicitações de nível subjetivo desprezam, conforme Onocko Campos e Campos (2006 -2), a variável básica da autonomia preconizada pelo mentor das equipes matriciais.

O principal aspecto é que os psicólogos não atuam na modalidade de equipe matricial, assim como postula o HumanizaSUS (BRASIL,2004-2), mas fazem um trabalho isolado e, no máximo, em cumplicidade com um profissional da Saúde de nível elementar ou técnico, denominado Agente de Saúde em Alcoolismo. Porém, tem os postulados das Equipes Matriciais.

Uma das limitações é que se trabalhou apenas com três Distritos Sanitários, o que deixou espaço para novas pesquisas com outros Distritos ou em outras cidades. Uma segunda limitação foi o universo pesquisado, composto apenas de nove psicólogos. Outros estudos poderão abranger um número maior de psicólogos.

Em estudo semelhante a este, sobre a atuação do psicólogo no E.S.F., realizado no Distrito Sanitário Norte, no município de Rio Grande do Norte, os resultados apontaram para uma relativa semelhança com os desta pesquisa. Escrevem Oliveira et al (2007, p. 5 -19) que, após três anos de implantação do E.S.F. e da atuação dos profissionais de Psicologia, não houve a inserção desse profissional. O psicólogo perdeu postos de trabalho e tem se dedicado à uma ação psicoterapêutica e de nível individual. O serviço também não estabeleceu os parâmetros de inserção deste mesmo profissional.

Espera-se que, a partir dos conhecimentos adquiridos nesta pesquisa, este trabalho seja mais um documento de referência para que as universidades

e os centros formadores reencaminhem seus cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia, em consonância com os princípios do SUS, no geral, e na reforma psiquiátrica, em particular. Espera-se, também, que os serviços municipais de saúde reflitam sobre estes achados e realizem cursos de especialização em Psicologia Comunitária, na modalidade Equipe Matricial, para os seus funcionários.

## 6 REFERÊNCIAS

ACHCAR, Rosemary. **Psicólogo Brasileiro**: Práticas emergentes e desafios para a formação. ACHCAR, Rosemary. (Coord.). 2ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 310.p.

AGULJOR, Ana Paula; ALVES, Domingos Sávio. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben Araújo de, (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p.221-240.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Artur; ZIONI, Fabíola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In. WESTPHAL, M.F; ALMEIDA, E.S. **Gestão de serviços de saúde**: A descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Eusp, 2001. p.15-50.

ALMEIDA Fº, Naomar de; ANDRADE, Roberto Fernandes Silva. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In Czeresnia, Dina (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003. 176.p.

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p.169-174.

AMÂNCIO Fº, Antenor, GARCIA, Ana Claudia Pinheiro, OLIVEIRA, Sérgio Pacheco de; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. A profissionalização da psicologia no Brasil. In. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.409.p.

AMARANTE, Antonio; LANCETI, Antonio. Saúde mental e saúde coletiva. In. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.615-634.

ANDERY, Alberto Abib. Psicologia na comunidade. In: LANE, Silvia T. Maurer; CODÓ, Wanderley **Psicologia social**: o homem em conexão. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1999. 220.p.

ANDRIANI, Ana Gabriela Pedrosa; ROSA, Elisa Zanerato. Psicologia sócio-histórica: Uma tentativa de sistematização epistemológica e metodológica In EDNA M. Peters Kahhale (Org.) et al. **A diversidade da psicologia**: Uma construção teórica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ARRUDA, Bertoldo Krause Grande de. **A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social**. Recife: IMIP/MS. 2001.318.p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2004.217 p.

BASTOS, Antonio Virgílio Bitencourt et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, Rosemary (Coord.). **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p7-79. 1994.

BENITES, Clarice Cristina Andrade; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; LACOSKI, Maria Célia Esgaib Kaiat; NASCIMENTO, Vera Nice Assumpção. Integralidade na formação do psicólogo: avaliando uma experiência pioneira. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubens Araújo de, (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.484. p.

BERTOLLI Fº. Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1996. 71.p.

BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITA Ana, (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec. 1996.p.137-142.

BIANCO, Ana Carolina Lo. et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, Rosemary. (Coord.). **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafio para a formação**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 310.p.

BLANK, Vera Lucia G. et al. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 20(2); 438-446 mar - abr, 2004.

BLEGER, José. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Trad. de Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRASIL, Ângela Maria R. C. Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública. **Integração: ensino, pesquisa, extensão**. São Paulo: Centro de Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu. N.37, Ano X; p.181-186. Abr./Mai./Jun./ 2004(1).

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão administrativa e financeira no SUS**. Brasília: CONASS, 2007(3). 152p.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na saúde**. Brasília: CONASS, 2007(1). 116p.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de saúde**. Brasília: CONASS, 2007(2). 291p.

BRASIL, Constituição da República Federativa do: **Constituição Federal -2**.

ed.rev., amp. e. atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006(1). 120p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (2). 16p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM 154**. Núcleo de apoio a saúde da família. Material fotocopiado. Brasília: 2008.16p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto promoção da saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Brasília: Ministério da Saúde, p.15-17. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (2).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. p.64.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental**. Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005 (2).

BRÊDA, Mércia Zeviani; AUGUSTO, Lia; SILVA, Giraldo da. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, vol.6, n. 2, ISSN 1413-8123. 2001.

CABRAL, Álvaro e NICK, Eva. **Dicionário técnico de psicologia**. 14. ed. – São Paulo: Cultrix, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciências & saúde coletiva**, 4(2): p. 393-403. 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AKERMAN, Mario; DRUMOND Junior Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006(3). p 53-92.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CAMPOS, Rosana T. Onocko. Co-construção da autonomia: O sujeito em questão. In. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. et al **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006(2). p. 669-688.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica; a palavra negada – sobre as práticas

clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro: V.25, n.58, p.98-111, maio/ago.2001.

CAMPOS, Rosana Onocko. A promoção à saúde e o dilema “promocionista”. In **SUS: Ressignificando a promoção da saúde**. Adriana Castro, Miguel Malo. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006(1). 222p. (Saúde em debate; v. 75).

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro: 23(2): p. 399-407. fev.2007.

CAMPOS, Regina Helena de Freitas. Psicologia comunitária, cultura e consciência. In: **Psicologia social comunitária: da solidariedade a autonomia**. Petrópolis: Vozes. 2007. p.164-177.

CARVALHO, Brígida Gimenez; CORDONI Jr., Luiz; MARTIN, Gilberto Berguio. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Derli Antonio; CORDONI, Luiz Jr.(Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Editora. UELpr.2001.p.27-59.

COREY, Gerald F. **Técnicas de aconselhamento e psicoterapia**. Trad. Maria Lúcia de Eirado Silva. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1983.321.p.

COSTA, Gley P. **A cena conjugal**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.148.p.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec: 2005. 212p.

Curitiba. **Estrutura organizacional**. Disponível em; [http:// www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm](http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm). Acesso em 29/02/08 as 22,27h.

**Curitiba**. Disponível em; [http:// www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm](http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm). Em 29/0208 as 22,27h.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do programa de saúde mental em Curitiba: mais atenção para quem mais precisa**. Curitiba, PR: 1999. 86.p.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo integrado de saúde mental**. 2ª versão. Curitiba, PR: Secretaria Municipal de Comunicação Social 2002. 110.p.

CUTULO Luiz Roberto Agea. Bases epistemológicas da interdisciplinaridade. In

SAUPE, Rosita; WENDHAUSEN, Agueda Lenita Pereira (Org.) **Interdisciplinaridade e saúde**. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2007. 190.p.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: Czeresnia, Dina. (Org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.39-53.

D'AMBRÓSIO, Ubiratan. **Transdisciplinaridade**. São Paulo: Palas Athena, 1997. 197. p.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. In: **Estudos de psicologia**, Natal: UFRN 5 (1),p. 95-121. 2000.

DORON, Roland e PAROT, Françoise. **Dicionário de psicologia**. Tradução de Odilon Soares Leme. São Paulo: Editora Ática, 1998. 450.p.

EDUCAÇÃO, Conselho Nacional. **Resolução nº. 8**: Em 07/05/2004 criam diretrizes curriculares do curso de psicologia. Disponível em: [http://www.portal.mec.gov.cne/arquivos/pdf/rces08\\_04.pdf](http://www.portal.mec.gov.cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf). Acesso em 00/00/00.

FERREIRA, Adriana Aparecida; WITTER, Geraldina Porto. Formação do psicólogo hoje. In. PSICOLOGIA Conselho Federal de. **Psicólogo brasileiro**: construção de novos espaços. Campinas, SP: Editora Alínea, 2005. 255.p.

FLICK, Uwe. **Pesquisa qualitativa**: Uma introdução. Tradução Sandra Netz. 2. ed. . Porto Alegre: Bookman. 2004. 312.p.

FONTINELE, Júnior Klinger. **Programa saúde da família (PSF)**. Goiânia: AB 2003.144p.

GERRIG, Richard J; ZIMBARDO, Philip G. **A psicologia e a vida**. Trad. Roberto Cataldo Costa. – 16. ed. – Porto alegre: Artmed, 2005.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. Campinas, SP: Papyrus, 1990.56.p.

\_\_\_\_\_. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. 203. p.

GUIRADO, Marlene. **Psicologia institucional**. São Paulo: EPU, 1987. 88. p.

IBGE. **População de Curitiba**. Disponível em: [http:// www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?) Acesso em 29/02/08 as 21,00h.

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. **Normas da ABNT**: comentadas para trabalho científico. 2ª ed.(ano2003), 3ª tir./Curitiba: Juruá, 2005. 96.p.

JACÓ-VILELA, Ana Maria. Os primórdios da psicologia jurídica. In: De Brito, Leila Maria Torraca, (Org.). **Temas de psicologia jurídica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p 11-18

LAPLANTINE, François. **Aprender etnopsiquiatria**. Trad. Ramon Américo Vasques. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.109.p.

LANE, Silvia T. Maurer; CODO, Wanderlei. **Psicologia social: o homem em movimento**. 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.220.p.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção da saúde ou a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 165.p.

MACHADO, Ana Paula Costa; MOCINHO, Rejane Roesler. Saúde Mental: Um desafio no programa de saúde da família. **Boletim da saúde**. Porto Alegre: v.17, n 3,p.160-170, jul./dez, 2003.

MEGGINSON, Leon C; MOSLEY, Donald C; PIETCI, Paul H. **Administração: Conceitos e aplicações**. São Paulo: Editora Harbra. 1998. 560p.

MELLO Fº, Julio de. Pichon Rivière e os grupos operativos. In.MELLO, Julio de Mello Filho et al. **Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000.p.37 a 41.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distritos sanitários: conceitos chaves. In. MENDES, Eugênio Vilaça (Org.) et al. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: 1995. p159-185.

MENEGAZZO, Carlos M. **Dicionário de psicodrama e sociodrama**. Tradução Magda Lopes, Maria Carbajal e Vera Caputo. – São Paulo: Ágora, 1995.

MIJOLA, Alan de **Dicionário internacional de psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral . Rio de Janeiro: Imago Ed, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; Rio de Janeiro: Abrasco. 2000.p.269.

MINISTÉRIO da Saúde; MINISTÉRIO da Educação. **Portaria interministerial nº. 2118** de 03/11/2005 Cria SGTES. Disponível em: [http://www.portal/sktes/visualizar\\_texto.cfm?idxt=s22848](http://www.portal/sktes/visualizar_texto.cfm?idxt=s22848). Acesso dia 15/06/07 as 8,03hs.

MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. **A psicologia na comunidade: Uma proposta de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 210.p

MOSCOVICI, Serge. Introdução. In: ARRUDA, Ângela (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1998. 165.p.

MOYSÉS S.J. et al. **A equipe de saúde multiprofissional nos programas de saúde da família.** Revista Médica do Paraná. v.57, nº1/2: 1-60. jan./dez1999

NICHOLS, Michael P, **Terapia Familiar: Conceitos e métodos.** Porto Alegre: Artmed. 1998.p.575.

NICOLESCU, Basarab. **O manifesto da transdisciplinaridade.** Tradução Lucia Pereira de Souza. São Paulo: TRIOM, 1999.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; SILVA, Fabiana Lima; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite de prática psicológica? **Aletheia**, Rio Grande do Norte: n.25, p.5-19, jan/jun.2007.

PSICOLOGIA, Conselho Federal. **Atribuições do psicólogo no Brasil apresentado em 17 de outubro de 1992 ao Ministério do Trabalho.** Brasília: 1992.

Disponível:<[http://www.pol.org/pol/export/sites/default/pol/legislacaoDocumentos/atr\\_psicologo.pdf](http://www.pol.org/pol/export/sites/default/pol/legislacaoDocumentos/atr_psicologo.pdf)>. Acesso em 26/10/2008 as 18,00 hs.

PSICOLOGIA, Conselho Federal. **I ° Fórum nacional de psicologia e saúde pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2006. 78.p.

PSICOLOGIA, Conselho Federal. **Site do centro de referência em políticas pública. (CREPOP. CRAS/SUAS).** Brasília: 2008. Disponível em: [http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/debates/ações\\_do\\_cfp/crepop\\_novo](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/debates/ações_do_cfp/crepop_novo). Acesso em 26/10/2008 as 18,10.

PSIQUIATRIA, Associação Brasileira de. **Modelo para implantação de interconsulta e consulta conjunta com Equipe de Saúde da Família (PSF).** Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/medicos/boletim/exibBoletim/?bol\\_id=48boltex\\_id=20](http://www.abpbrasil.org.br/medicos/boletim/exibBoletim/?bol_id=48boltex_id=20) Acesso em 22/11/2008 as 18,51

RAUTER, Cristina. O psicólogo e sua inserção na área de saúde. In **Revista do departamento de psicologia.** Rio de Janeiro: Uff,V.7 – Nº 2 e 3/p.70-74,1995.

RAVAZZOLA, M. Cristina. A família como grupo e o grupo como família. In: ZIMERMAN, David E, OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.p.293-305.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANCK, Vera Lucia G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa de saúde da família. In **Cadernos de saúde pública.** Rio de Janeiro: 20 (2): 438-446 mar - abr.2004.

RODRIGES, Heliana de Barros Conde. “Sejamos realista, tentemos o

impossível!” Desencaminhando a psicologia através da análise institucional. In: VILELA, Ana Maria Jacó, FERREIRA, Artur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Teixeira. (Org.). **História da psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2006. p.515 - 563.

RODRIGUES, Cosenza Mariza; RONZANI Telmo Mota. O psicólogo na atenção básica a saúde: Contribuições desafios e redirecionamentos. In **Psicologia ciência e profissão**. Juiz de Fora. MG. : Universidade Federal de Juiz de Fora. 2006. 26(1). 132- 143.

SALVADOR, César Coll et al. **Psicologia da educação**. Trad. Cristina Maria de Oliveira. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.385.p.

SANTO, Dophins Ferreira. **Saúde no trabalho: uma revolução em andamento**. Rio de Janeiro: Ed. SENAC. Nacional, 2003. 336.p.

SARRACENO, Benedetto. Uma prática a espera de teoria In: PITTA, Ana (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec. 1996. p.150-154.

SAÚDE, Conselho Nacional. **Resolução nº. 287**: em 07/05/99 estabelece as 14 profissões da área de saúde, inclusive a psicologia. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/reso\\_98.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/reso_98.htm). Acesso dia 15/06/07 as 19,45h.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da escola de enfermagem da USP**, vol.42, n. 1, ISSN 0080-6234. 2008,

SOUZA M.F, **A cor-agem do PSF**. São Paulo: 2. ed.; Hucitec, 2003.

STREY, Marlene Neves et al.. **Psicologia social contemporânea**. 11.ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas. 1987. p.116-173.

VINETIKIDES, Cristiane Honório. História e construção do modelo. In.VINITIKIDES, Cristiane Honório; MACENO, Danuza Menezes; PEDÓTTI, Maria Alice Correia; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde mental em Curitiba**. Rio de Janeiro: CEBES, 2003. 184.p.

VÍTÓRIA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazaré Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133. p.

YAMAMOTO, Oswaldo H. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da psicologia. In: BOCK, Ana Mercês Bahia, (Org). **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez. 2003. p.37-54

WENDHAUSEN, Agueda; SAUPE, Rosita. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto e contexto enfermagem**. Florianópolis: v.12, n.1, p. 17-25, jan-mar. 2003.

WITTER, Geraldina Porto. Formação do psicólogo hoje. In Conselho Federal de Psicologia. (Vários autores). **Psicólogo brasileiro**: construção de novos espaços. Campinas, SP: Editora Alínea, 2005. p.15-39.

WITTER, Geraldina Porto et al. Atuação do psicólogo. In Conselho Federal de Psicologia. (Vários autores). **Psicólogo brasileiro**: construção de novos espaços. Campinas, SP: Editora Alínea, 2005. p.239-255.

## 7 ANEXOS

## ANEXO A

## Aspectos físicos da cidade de Curitiba.

## LOCALIZAÇÃO

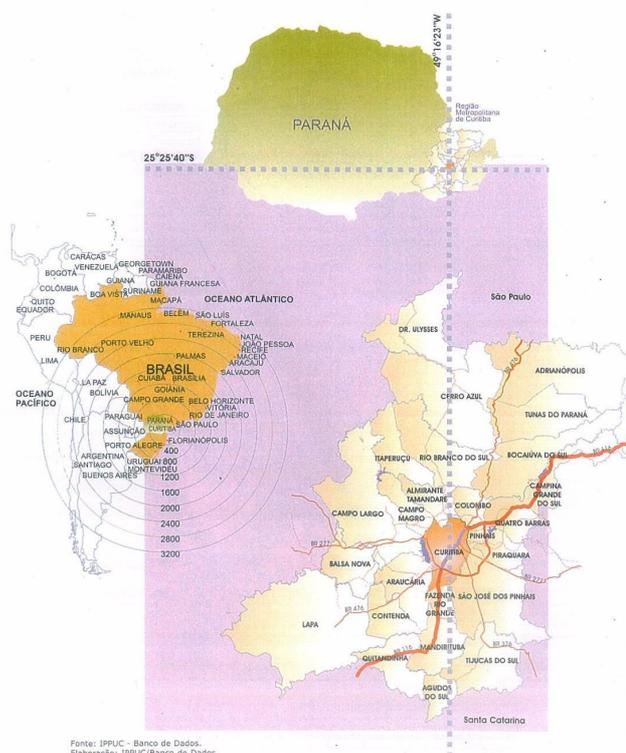
Curitiba, capital do Estado do Paraná, está localizada na Região Sul do Brasil. Fundada em 1693, ocupa o espaço geográfico de 432,17km<sup>2</sup> de área na latitude 25°25'40"S e longitude 49°16'23"W. Entretanto, Curitiba não se limita ao seu espaço, pois os laços culturais com os povos de todos os continentes existem desde a chegada dos imigrantes europeus; dentre os mais numerosos estão os portugueses, italianos, poloneses, alemães, ucranianos, japoneses, sírios e libaneses.

Tal peculiaridade dá a Curitiba duas grandes características: primeiramente seu atraente caráter multicultural e cosmopolita e, em segundo lugar, ser a cidade pólo da Região Metropolitana, que atualmente é composta por 26 municípios com área de 15.622,33 km<sup>2</sup>.

Extensão Norte-Sul 35Km  
Extensão Leste-Oeste 20Km

## ASPECTOS FÍSICOS

MAPA 001  
LOCALIZAÇÃO DA RMC NA AMÉRICA DO SUL, NO BRASIL  
E NO ESTADO DO PARANÁ - 2002



Fonte: IPPUC - Banco de Dados.  
Elaboração: IPPUC/Banco de Dados.

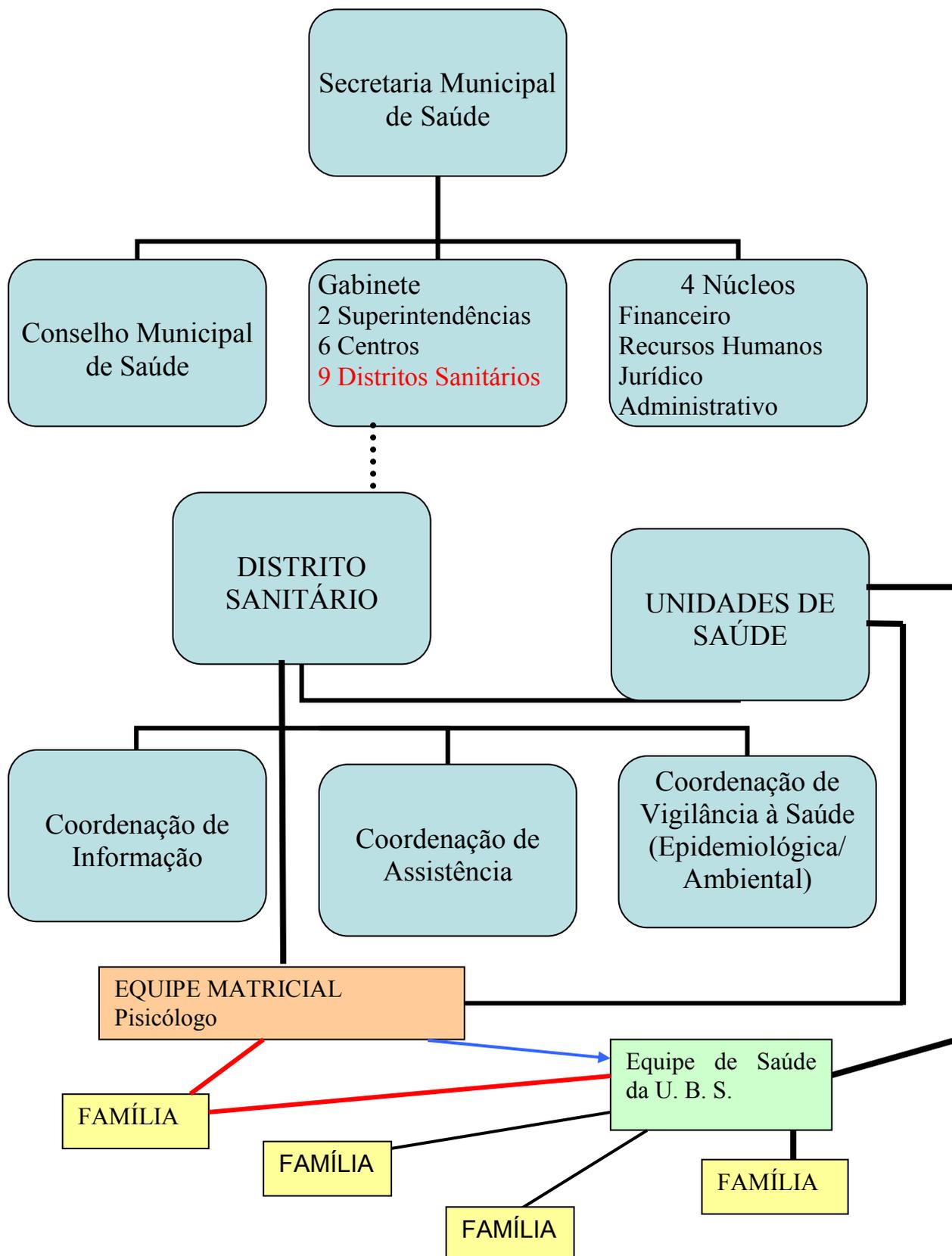
**ANEXO B**

## Regionais Administrativas da Cidade de Curitiba



## ANEXO C

## Organograma da Secretaria Municipal de Saúde



**ANEXO D**

Equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde.



**Total:**  
**133**  
**Equipamentos**  
**de Saúde**

**Relação de Equipamentos da SMS**

- 51 Unidades Básicas de Saúde**
- 52 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia do Saúde da Família**
- 11 Unidades de Saúde Complexas**
  - ✓ 4 Básicas + especialidades (*Ouvidor Pardinho, Vila Hauer, Mãe Curitibana e Salgado Filho*)
  - ✓ 1 ESF + Especialidades (*US Bairro Novo*)
  - ✓ 1 Centro de Especialidades Médicas (*US Santa Felicidade*)
  - ✓ 2 CEO – (*Rosário e Sylvio Gevaerd*)
  - ✓ 3 Especializadas (*COA, Amigo Especial, CEM*)
- 9 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**
- 8 CMUM – Centro Municipal de Urgência Médica**
- 1 Laboratório Municipal**
- 1 Hospital Municipal**
  
- 104 Clínicas Odontológicas + 2 CEO+1 Amigo Especial**

## ANEXO E

## Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

Planos de Saúde - Servidor

Página 1 de 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 160798	
Projeto de Pesquisa A atuação do Psicólogo na equipe matricial dos Distritos Sanitários do Cajuru e Matriz da Prefeitura Municipal de Curitiba.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Preve.				Grupo Grupo I	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s) Novos Procedimentos,				Fase Não se Aplica	
Unitermos Atuação; Formação Serviços de Saúde Mental; Modelo de Atenção a Saúde; Humanização da assistência					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro g	Total Brasil g	Nº de Sujeitos Total g	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico SIM	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Vasco Carneiro dos Santos Filho		CPF 186.971.199-87	Identidade 742.183-4		
Área de Especialização PSICOLOGIA ANALÍTICA		Maior Titulação ESPECIALIZAÇÃO		Nacionalidade BRASILEIRO	
Endereço RUA: SEBASTIÃO FRANCISCO CORTIANO, Nº 101		Bairro CAJURU	Cidade CURITIBA - PR		
Código Postal 82970-180	Telefone 41-3264-6462 / 41-3366-3805	Fax	Email vascoc@brturbo.com.br		
<p><b>Termo de Compromisso</b></p> <p>Declaro que conheço e cumprirei 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.</p> <p>Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Data: ____/____/____ Assinatura _____</p>					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI		CNPJ 84.307.974/0001-02	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Mestrado em Saúde da Família		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço RUA URUGUAI n.458		Bairro CENTRO	Cidade ITAJAÍ - SC		
Código Postal 88302202	Telefone 47 33417738	Fax 47 33417744	Email etica@univali.br		
<p><b>Termo de Compromisso</b></p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Nome: _____ Assinatura _____</p> <p>Data: ____/____/____</p>					
<p><b>O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 09/10/2007. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.</b></p>					

## ANEXO F

## Parecer da Comissão de Ética da UNIVALI



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

**PARECER CONSUBSTANCIADO  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI**

<b>Título do Projeto:</b> A atuação do psicólogo na equipe matricial dos Distritos Sanitários do Cajuru e Matriz da Prefeitura Municipal de Curitiba.	
<b>Orientadora:</b> Prof <sup>a</sup> . Elizabeth Navas Sanches	
<b>Pesquisador:</b> Vasco Carneiro dos Santos Filho	
<b>Data do Parecer:</b> 23/11/2007	<b>Cadastro:</b> 593/07
<b>Grupo e Área Temática:</b> III. Projeto fora das Áreas Temáticas Especiais	

**Objetivos do Projeto**

Compreender e analisar a atuação do Psicólogo nas equipes matriciais dos Distritos Sanitários do Cajuru e da Matriz da Prefeitura Municipal de Curitiba.

**Resumo do Projeto**

Equipe Matricial é um arranjo organizacional para o trabalho em saúde, onde uma equipe de especialistas presta apoio transversal às unidades de referência e seus usuários em sua área de competência, visando potencializar novas subjetividades entre os atores da área atendida. É uma rede de conceitos entre três vertentes teóricas, a produção social dos fatos históricos, a complexidade e a subjetividade. E, este projeto de pesquisa baseado neste referencial teórico e prático acima citado tem o objetivo geral de estudar a atuação do Psicólogo na Equipe Matricial dos Distritos Sanitários Matriz e Cajuru da Prefeitura Municipal de Curitiba. Especificamente pretende identificar as percepções/concepções dos Psicólogos sobre conhecimento das Equipes Matriciais dos Distritos Sanitários; Descrever/Constatar quais os conhecimentos que o Psicólogo poderia/deveria ter em sua atuação para atender a demanda de atendimento de uma Equipe Matricial; Analisar se a atuação do Psicólogo é um diferencial de qualidade em uma Equipe Matricial (consequências). A população envolvida será formada pelos psicólogos dos Distritos acima referidos. A amostra será definida pela repetição dos dados. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais e em grupo e, com registro dos depoimentos através de instrumento de gravação e sua posterior transcrição e análise dos conteúdos. Como resultado espera-se compreender a atuação do psicólogo, e percepção das questões estruturais advindas das equipes matriciais. Espera também oferecer subsídios para as Universidades e os Centros Formadores reencaminhem seus cursos de graduação e/ou pós-graduação em psicologia, em consonância com os princípios do SUS no geral e da reforma psiquiátrica em particular.

<b>Itens Metodológicos e Éticos</b>	<b>Situação</b>
Título	Comentário
Autores	Adequado
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita

**Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - PROPPEC**

Rodovia SC 407 - km 04 - Bairro Sertão do Marum - São José - SC - CEP 88122-000 - Telefone: (48) 3281 1547  
www.univali.br

Gabinete do Pró-Reitor  
Bloco 05 - Sala 101  
Fone: (47) 3341 7557  
Fax: (47) 3341 7801  
e-mail: proppec@univali.br

Departamento de Pesquisa  
Bloco 05 - Sala 102  
Fones: (47) 3341 7532  
(47) 3341 7579  
e-mail: pesquisa@univali.br

Departamento de Extensão  
e Cultura  
Bloco 05 - Sala 103  
Fones: (47) 3341 7758  
(47) 3341 7580  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: extensao@univali.br

Departamento de Pós-Graduação  
Bloco 05 - Sala 105  
Fone: (47) 3341 7534  
Fone/Fax: (47) 3341 7652  
e-mail: posgrad@univali.br

Núcleo de Estudos de Língua e  
Literaturas Estrangeiras  
Bloco 12 - 2º piso - sala 211  
Fone: (47) 3341 7574  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: nelle@univali.br

Editora  
Bloco 08  
Fone: (47) 3341 7645  
e-mail: editora@univali.br



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

**Comentários sobre os itens de Identificação**

**Título:** Poderia identificar melhor o que será levantado: as percepções/concepções dos psicólogos. O título dá a falsa impressão de que a atuação do psicólogo será avaliada de fora.

**Local de realização:** Secretaria de Saúde de Curitiba, PR.

<b>Introdução</b>	Adequada
<b>Comentários sobre a Introdução</b>	

<b>Objetivos</b>	Comentário
<b>Comentários sobre os Objetivos</b>	
O último objetivo específico é o resultado da análise do trabalho. Então, é desnecessário constar no projeto.	

Pacientes e Métodos	Situação
Delineamento	Adequado
Tamanho da Amostra	Total 09 – Local Curitiba
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa q
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

**Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos**

<b>Cronograma</b>	Adequado
Data de início prevista	Junho/07
Data de término prevista	Abril/08
<b>Orçamento</b>	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não
<b>Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento</b>	

**Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - PROPPEC**

Rodovia SC 407 - km 04 - Bairro Sertão do Maruíim - São José - SC - CEP 88122-000 - Telefone: (48) 3281 1547  
www.univali.br

Gabinete do Pró-Reitor  
Bloco 05 - Sala 101  
Fone: (47) 3341 7557  
Fax: (47) 3341 7601  
e-mail: proppec@univali.br

Departamento de Pesquisa  
Bloco 05 - Sala 102  
Fones: (47) 3341 7532  
(47) 3341 7579  
e-mail: pesquisa@univali.br

Departamento de Extensão  
e Cultura  
Bloco 05 - Sala 103  
Fones: (47) 3341 7758  
(47) 3341 7580  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: extensao@univali.br

Departamento de Pós-Graduação  
Bloco 05 - Sala 105  
Fone: (47) 3341 7534  
Fone/Fax: (47) 3341 7652  
e-mail: posgrad@univali.br

Núcleo de Estudos de Língua e  
Literaturas Estrangeiras  
Bloco 12 - 2º piso - sala 211  
Fone: (47) 3341 7574  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: nelle@univali.br

Editora  
Bloco 08  
Fone: (47) 3341 7645  
e-mail: editora@univali.br



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

<b>Referências Bibliográficas</b>	Adequadas
<b>Comentários sobre as Referências Bibliográficas</b>	

**Parecer  
APROVADO**

**Comentários Gerais sobre o Projeto**

**Relator: Membro CEP/UNIVALI**

Prof. Alfeu Antônio Hausen Beck  
Coordenador CEP/UNIVALI

Goldim JR. Ética. Disponível em: URL: <http://www.bioetica.ufrgs.br/etica.htm> (20/12/2001).  
Modificado por: Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

**Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - PropPEC**  
Rodovia SC 407 - km 04 - Bairro Sertão do Maruim - São José - SC - CEP 88122-000 - Telefone: (48) 3281 1547  
[www.univali.br](http://www.univali.br)

Gabinete do Pró-Reitor  
Bloco 05 - Sala 101  
Fone: (47) 3341 7557  
Fax: (47) 3341 7801  
e-mail: [proppec@univali.br](mailto:proppec@univali.br)

Departamento de Pesquisa  
Bloco 05 - Sala 102  
Fones: (47) 3341 7532  
(47) 3341 7579  
e-mail: [pesquisa@univali.br](mailto:pesquisa@univali.br)

Departamento de Extensão  
e Cultura  
Bloco 05 - Sala 103  
Fones: (47) 3341 7758  
(47) 3341 7580  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: [extensao@univali.br](mailto:extensao@univali.br)

Departamento de Pós-Graduação  
Bloco 05 - Sala 105  
Fone: (47) 3341 7534  
Fone/Fax: (47) 3341 7652  
e-mail: [posgrad@univali.br](mailto:posgrad@univali.br)

Núcleo de Estudos de Língua e  
Literaturas Estrangeiras  
Bloco 12 - 2º piso - sala 211  
Fone: (47) 3341 7574  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: [nelle@univali.br](mailto:nelle@univali.br)

Editora  
Bloco 08  
Fone: (47) 3341 7645  
e-mail: [editora@univali.br](mailto:editora@univali.br)

**ANEXO G**

Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Curitiba.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o pesquisador Vasco Carneiro dos Santos Filho protocolou sob o número 94/2007 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado "**Atuação do psicólogo na equipe matricial dos distritos de saúde do município de Curitiba**".

O tema proposto no projeto, é de interesse desta Secretaria, sendo que, tão logo esteja aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino, daremos continuidade aos trâmites para viabilização do mesmo, no período solicitado.

Por ser verdade firmamos a presente.

Curitiba, 08 de outubro 2007.

  
**MAGRIT FABIAN SARTURI**  
Secretária Executiva CEP/SMS

Magrit Fabian Sarturi  
Secretária Executiva  
Comitê de Ética em Pesquisas  
Mat. 35.887-8 SMS

## **8 APÊNDICES**

### **APÊNDICE A**

Termo de Aceite de Orientação

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**  
**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO**  
**TRABALHO**

#### **TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO**

Eu, Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Navas Sanches, professora do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, declara que o mestrando Vasco Carneiro dos Santos F<sup>o</sup>. é meu orientando, tendo como tema de pesquisa “A atuação do Psicólogo na equipe matricial dos Distritos Sanitários do Bairro Novo, Cajuru e Pinheirinho da Prefeitura Municipal Curitiba”.

Itajaí, 16 de Outubro de 2007.

Prof. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Navas Sanches.

Vasco Carneiro dos Santos F<sup>o</sup>. – Mestrando.

**APÊNDICE B****CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Prezado Senhor (a):

Cumprimento-o cordialmente.

Eu, Vasco Carneiro dos Santos F<sup>o</sup>, aluno regularmente matriculado e sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Navas Sanches docente vem por meio de esta solicitar seu consentimento para a realização da pesquisa do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí abreviada para UNIVALÍ, intitulada “A atuação do psicólogo nas equipes matriciais dos Distritos Sanitários do Cajuru e da Matriz da Prefeitura Municipal de Curitiba”. Esta será feita junto aos psicólogos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Curitiba. A pesquisa tem por objetivos: compreender/analisar a atuação do Psicólogo na Equipe Matricial dos Distritos Sanitários do Cajuru e da Matriz da Prefeitura Municipal de Curitiba. Especificamente pretende identificar percepções/concepções do Psicólogo sobre Organização da Equipes Matriciais; descrever/constatar conhecimentos que o Psicólogo poderia/deveria ter para atuar junto a Equipe Matricial; analisar se a atuação do Psicólogo é um diferencial de qualidade em uma Equipe Matricial (conseqüências). A população envolvida são os psicólogos dos distritos de saúde do município de Curitiba. A amostra se dará pela repetição dos dados. A coleta de dados se realizará por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais e em grupo e com depoimentos através de instrumento de gravação e posteriormente uma transcrição e análise de conteúdos. Finalmente será feita uma discussão e apresentação de resultados.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente,

Vasco Carneiro dos Santos F<sup>o</sup>.

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado (a), para participar, como voluntário (a), 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.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da pesquisa: A atuação do psicólogo na equipe matricial dos Distritos Sanitários do Cajuru e da Matriz da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Orientadora: Dra. Elizabeth Navas Sanches.

Telefone para contato: (47) 9973-6061

Pesquisador: Vasco Carneiro dos Santos F<sup>o</sup>.

Telefone para contato: (41) 3366-3805

Esta pesquisa constitui um trabalho de conclusão de curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, abreviada para UNIVALI, intitulado “A atuação do psicólogo nas equipes matriciais dos Distritos Sanitários do Cajuru e da Matriz do município de Curitiba”. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista individualmente e outra em grupo com questões relacionadas aos seguintes objetivos. O objetivo geral é compreender e analisar a atuação do Psicólogo nas equipes matriciais dos distritos sanitários acima citados. Os objetivos específicos consistem em identificar percepções e concepções dos Psicólogos sobre equipes matriciais, descrever/constatar quais conhecimentos que o Psicólogo deveria/poderia ter em sua atuação para atender a demanda da equipe matricial, analisar se a atuação do Psicólogo é um diferencial de qualidade. Será utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e o grupo focal

com intencionalidade devolutiva e coletora. Para maior fidelidade dos conteúdos, as entrevistas serão gravadas e após a transcrição os dados serão apagados. A amostra se dará pela repetição dos dados. Com a posse dos resultados das entrevistas se fará uma discussão ou interpretação dos resultados. Cabe ressaltar ainda que seus dados pessoais serão mantidos em sigilo, sendo garantido seu anonimato. A pesquisa contribui ainda para obter conhecimento da atuação dos psicólogos na Secretaria de Saúde do município, bem como proporcionar a reflexão de sua atuação e aperfeiçoamento profissional. Os resultados desta pesquisa serão utilizados somente para fins acadêmicos. Em caso de dúvidas, o sujeito poderá entrar em contato com o pesquisador, a fim de obter as explicações devidas. O sujeito poderá, ainda, retirar o consentimento a qualquer momento, sem conseqüências negativas para o mesmo. Pela participação você não receberá qualquer valor em dinheiro. Assim como, esta pesquisa não prevê nenhum risco aos pesquisados.

- Nome do Pesquisador: Mestrando Vasco Carneiro dos Santos Fº.

- Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO E OU RESPONSÁVEL

Eu, \_\_\_\_\_, RG, \_\_\_\_\_,

Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, e as condições decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito ou Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### ENTREVISTA

Data:...Local:...Duração:...Sexo:...Idade:...Formação complementar:...Tempo na profissão:...Tempo na Unidade de Saúde:...

1. Qual a sua percepção/concepção sobre a organização das Equipes Matriciais?
2. Como atua o Psicólogo nas Equipes Matriciais dos Distritos Sanitários?
3. Como ocorrem ou como são as dificuldades que enfrenta o Psicólogo que atua nas Equipes Matriciais dos Distritos Sanitários?
4. Que conhecimentos (objetivos e subjetivos) o Psicólogo poderia/deveria ter em sua formação para atender a demanda de atendimento da Equipe Matricial?

## APÊNDICE E

### Orientação para a segunda coleta e devolutiva em grupo

Prezados colegas Psicólogos X, Y e Z:

Estas quatro planilhas contem uma síntese das entrevistas com os nove psicólogos do município, inclusive contem conteúdos que foram de suas autorias. Elas são respostas às quatro perguntas da entrevista. Foram reunidas em categorias, subcategorias e sub-subcategorias. Nas linhas horizontais elas são denominadas 1ª pesquisa individual. Solicito a fineza de onde esta escrita 2ª Pesquisa devolutivo-coletora em grupo, no espaço em branco, paralelo e ao lado da 1ª vocês emitirem uma opinião. Solicito primazia na última coluna do lado direito onde existe a letra x. A proposta é escreverem sobre o que **significou** para vocês os resultados emitidos anteriormente. As categorias também estão explicadas no projeto de pesquisa que vocês receberam uma cópia via comitê de ética e, que se encontra no distrito. Porém, podem também acionar o pesquisador pelos telefones 3366-3805 residencial ou 8441-3045 celular. Desde já, agradecidamente Vasco.

## APÊNDICE F

### GRELHA I – Percepção e concepção da organização das equipes matriciais

1. PERCEPÇÃO E CONCEPÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES MATRICIAIS					
Preconizadas		Pesquisadas			
		1ª Coleta Individualmente		2ª Coleta Devolutiva/Coletora em grupo	
Categorias	Subcategorias				
1. Novo arranjo organizacional.					
	Atuação transversal.				
	Dupla responsabilização, equipe e usuário.				
	Potencialização de novas subjetividades.				
	Novas responsabilizações				
		Respostas em <i>expectância</i> com o preconizado.	O modelo de Equipe Matricial está em construção. P3,P4 e P8. 3	Concordo com a afirmação primeira.P4. Significa aquilo que a gente escreveu, que o modelo da	
			O conceito de E.M. esclarece o que devo fazer.P6. 1	Equipe Matricial está em construção.P4. Nem sei o que é Equipe Matricial direito.P4.	
			Estamos lotados no Distrito e atendemos na Comunidade.P6. 1	Ajuda a definir qual é o papel do Psicólogo, da um nome.P6.	
			São para trabalhar na Comunidade.P9 1	2ª Com o conceito de equipes matriciais que norteamos nosso trabalho.P7.	
2. Abordagem.					
		Multidisciplinar.	O trabalho é de toda equipe.P1. 1	A Equipe em uma atividade multidisciplinar mesmo.P1.	
			E.M. são só os Psicólogos.P3 e P8. 2		
			E.M. são Psicólogos e Agentes de Saúde em Alcoolismo. P2. 1		
			E.M. são Psicólogos e ASAS entre si e usuários.P2. 1		Vários profissionais atuando. Vendo o paciente como todo.P3.
			É positivo o trabalho em equipe.P6. 1		A Coordenação de Saúde Mental chama a gente Equipe
			E.M. seriam Psic, ASAS e Psic. e Psiquiatra das Conveniadas.P2. 1		Matricial.P8.
			Psicólogos e Psiquiatras das		É mais isso não é definido no papel.P1. E.M. termo usado pela Coordenação, já antigo desde 1997.P8.

			conveniadas não contextualizam.P2.	1	2ª O trabalho é multiprofissional porque atuamos com Psi, Fisio e Nutri; profissionais da U.S. e também com os ASAS.P7.
			E.M. são Psicólogos, Nutricionistas e Fisioterapeutas.P7.	1	
			E.M. são multidisciplinares.P9.	1	
			Sinto falta de outros profissionais.P8.	1	
			Sinto falta de Assistente Social.P6.	1	
			Só os Médicos, Enfermeiros e Dentistas não dão conta.P7.	1	
		Interdisciplinar	Deveria ser interdisciplinar.P6.	1	
		Transdisciplinar			
3. Visão					
	Linear.				
	Sistêmica.		Trabalho seria numa visão sistêmica.P3		
	Holística.				
		Lotação.	Divisão específica de Unidades Sanitárias por Distrito.P2.	1	Se estiver lotado no Distrito, por exemplo, vai ter uma outra configuração.P6. 2ª Lotados no Distrito é interessante, mas
			Sou responsável por 3 U.S.P1,P2 e P3.	3	
			Sou responsável por 4 U.S.P5.	1	
		Respostas em descompasso com o preconizado.	É difícil atender várias U.S.P2.	1	
			Dividimo-nos.P1.	1	
			É sobrecarga.P3.	1	
			Dificulta vínculo.P3.	1	
			Já tive 5 U.S., hoje tenho 2.P8.	1	
			Com 1 U.S.trabalharia melhor.P4,P2,P1. 3	3	
			Ampliaria grupos.P1.	1	
			Evitaria internação.P2.	1	
			Aproximar-me-ia da equipe e dos usuários.P1 e P2	2	

## APÊNDICE G

### GRELHA II – Atuação do psicólogo na equipe matricial dos distritos sanitários

2. ATUAÇÕES DO PSICÓLOGO NA EQUIPE MATRICIAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS.						
Preconizadas			Pesquisadas			
			1ª Coleta.		2ª Coleta.	
			Individualmente.		Devolutiva/Coletora em grupo.	
Categorias.	Subcategorias	Sub-subcategorias.	Categorias	Respostas emitidas.		
1.						
Aspectos pessoais.						
	Intrapessoais	Descontextualizados.				
	Interpessoais		Desintoxicar	Álcool e drogas.	0	1º Houve silêncio.
2.						
Aspectos globais/e determinantes						
	Indivíduo.		Desintoxicar	Álcool e drogas P1 e P9	2	Houve silêncio.
	Casal.		Visita domiciliar.	Crise de casal.P2.	1	2ª Função apoiar U.S. e ASAS e não conduzir grupos Casal, nós não atendemos, a gente e encaminha.Individualmente.P4
	Família.		Visita domiciliar.	Crise de família. P2. Coleta de dados .P1 e P3. Não é meta .P7.	1 2 1	Família é a mesma coisa, o encaminhamento é individual.P1.
	Grupo.	Terapêuticos.  Saúde mental Apoio Adesão Educação.		Iniciar grupos. P1, P6 e P8 Não inicio grupos de alcoólicos e drogados. P8. Causas: Traficantes P8.Sem respaldo médico.P8.  Já toquei grupos. P8. Grupo menos importante .P8. Trabalho com grupos. P1, P3 e P7. Faço grupos, até terapêuticos. P1 e P3.  Drogados. P4 e P8. Depressivos .P4.  Psicóticos. P4. P1, P2 e P8.  P1eP2. P3 e P5.  P1 e P2.	3 1 2 1 1 3 2 2 1 1 3 2 2	Grupos terapêuticos acho que não tem, tem grupo de apoio.P4. Mas, de educação, orientação, e saúde.P8. Eu estou começando a perceber uma mudança de modalidade.P1. Então lá se foram sessenta e tantas reuniões...para algumas pessoas que estão ali ele acaba sendo terapêutico.P1.
			Inserção.	Inserimo-nos nas U.S. P1, P3, P5, P7 e P9. E não com Usuários. P3. Estimulamos U.S. P5 e P7.	5 1 2	

	Instituição.		Inclusão.	<p>Inserimo-nos em programas das U.S. P9.</p> <p>U.S. monta e entramos. P5 e P7.</p> <p>Incluimo-nos Programas das U.S. P1. Diabéticos. Hipertensão. Lactantes. Obesos. Gestantes.</p> <p>Falar de humor.</p> <p>Usar tratamento na Unidade P1, P5 e P7.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>3</p>	<p>Eu não vejo diferença entre Inserção ou Inclusão.P1. São grupos específicos que a própria U.S. acaba fazendo, eles acabam chamando os Psicólogos.P3. Nós temos que nos convidar para entrar em algum grupo.P6. A secretaria, acha que é de interesse muito que se façam grupos.P8.</p>
	Comunidade		Inclusão	<p>Inclusão em Programas Comunidade. P2, P5, P7, P8 e P9.</p> <p>Crianças violentadas. P6 e P7</p> <p>Adolescentes .P5.</p> <p>Programa Adolescente. CRACOM. Capacitar:</p> <p>Profissional de Saúde.P6.</p> <p>Fazenda Solidariedade. Comunidade. Adolescência. Gravidez. Prevenção. Equipe Multiprofissional. Educadores. Assistente Social. Estimular liderança comunitária.</p>	<p>5</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Minha ligação com a Unidade é muito grande.P1.</p> <p>Ir pra Comunidade... é impraticável.P1.</p>
	Social					
	Político.					
	Cultural.					
	Histórico.					
3.						
Atendimento a Equipe Referência e Usuários.						
	Transversal.		Equipe de Referência. Usuários.	<p>Damos supervisão aos ASAS. P8.</p> <p>Discutimos a abordagem dos ASAS. P8.</p> <p>Supervisão a outros profissionais .P8.</p> <p>Tentamos dar supervisão. P6.</p> <p>Não somos capacitados assistência .P9.</p> <p>Temos que dar conta dos pacientes graves. P7.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Não entendi.P3.</p>

	Cooreponsa bilização		Cooreponsa bilização	Tentamos atender dúvidas de Equipe e Usuários. P6, P7 e P9. Repassar saberes às U.S. P1, P3, P4, P5, P6, P7e P9. Repassar a usuários P9. Apoiar Equipes, e estas à pacientes graves P7. Apoiar U.S. P2, P5 e P7. Discutir casos Reuniões c/ Equipes no Distrito P6 e P9. Baixar ansiedade da Equipe P7. Ajudar Equipe pensar P7. Ajudar na formação de grupos P7.	3 7 1 1 3 2 1 1 1	Nós procuramos dar Supervisão naquilo que eles têm dificuldades.P4.
4. Promoção						
	Palestras.	Temas determinados.	Temas determinados.	Palestras: P2, P3, P5, P7, P8 e P9. Diabéticos. P2, P5 e P8. Hipertensos. P2, P3, P5, P6, P7 P8 e P9. Lactantes. P3 e P7. Obesos.P Gestantes.Falar de humor. P1, P3, P5, P7, P8, e P9.	6 3 7 2 1 6	Eles solicitam... um tema específico Por exemplo, diabético, ou grupos de hipertensão pedem para falarmos.P4.
5. Abordagem usual.						
	Acompanhar Estar junto.			Ações diárias U.S. P1 e P5. Acompanhar pacientes ao CAPS .P9. Marcar consulta. P4 e P8. Relatórios p/ Ministério Público P1. Psiquiatria. P8. Avaliações. P2, P4, P6, P7 e P8. Conselho Tutelar .P1 e P4 Encaminhamentos bons p/: P1, P2, P5 e P8. Hospital Integral .P1. Hospital Dia .P1. CAPS Infantil. P1, P2,P8 e P9.	2 1 2 2 5 2 4 1 1 4	Isto significa que nós Psicólogos fazemos vários papéis na Unidade de Saúde.P6.
6. Funções gestão.						
			Supervisão de Psiquiatria	Coordenamos. P2. Acompanhamos e avaliamos. P8.	1 1	Somos nós que temos que organizar, que estar lá, acompanhar.P8.

				Estamos juntos .P9.	1	
7.						
Outros.						
				Poucas pernas muitas atividades. P8.	1	
				Muita demanda e poucos profissionais .P8.	1	
				Riqueza de opções sem normatividades .P2.	1	Olhe, tem que ter o protocolo do Psicólogo, pra gente saber o que a gente tem e o que a gente não tem o que fazer.P1.
				Meta é fazer o melhor possível. Nem sempre conseguimos .P8.	1	A visão que os profissionais vão ter do Psicólogo, como sendo aquele que vai acolher todo e qualquer tipo de demanda.P6.
				Há que entender que outras tarefas Enfermagem tem. P6, P8 e P9.	3	
				Nossas atividades são programadas .P6.	1	
				É um trabalho dinâmico, são atividades variadas diariamente .P6.	1	

## APÊNDICE H

### GRELHA III - Dificuldades de atuação do psicólogo nas equipes matriciais

3. DIFICULDADES DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NAS EQUIPES MATRICIAIS.						
Preconizadas				Pesquisadas		
				1ª Coleta Individualmente		2ª Coleta. Devolutiva /Coletora em grupo.
Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias				
1. Limitações da classe. Formação						
	1.a Visão clínica.			Difícil mudar visão de Clínica.P5,P6,P9. 3 Pedido do Psi. Clínico é inacabável.P9. Equipes e Usuários cobram o Psicólogo Clínico.P3,P5,P6 e P7. Formação é p/ Clínicar.P1,P4,P5,P6,P7 5 Sem retorno. Impossível Clínicar.P5 Seria mais eficaz atender individual.P2. Nas Conveniadas clinica-se.P3. Sem clinicar, Psicólogos não agüentam e saem.P4. Na Prefeitura não se usa a palavra atender.P8. Na E.M. trabalhamos c/ outra coisa.P9.	3 1 4 5 1 1 1 1 1 1	A nossa formação não é de Psicologia Comunitária.P4. A gente é formada especificamente para Clínica. Então isso dificulta.P4. 2ºAs U.S sabem que não fazemos atendimentos clínicos.P7.
	1.b Centro patológico.			Estrutura e dinâmica é para cura.P5. Chorar, deprimir que é natural, já supõe tratamento.P5. É assustador não poder atender.P4	1 1 1	
	1.c Psic. Ingênuas	Apolítica.				
		Da classe dominante.				
		Nega social.				
		Nega histórico.				
		Nega ideologias.				
2. Trabalho						
				Dificuldade é com o trabalho em si.P9.	1	

			Processo de trabalho	É difícil ser gestor.P5. Acabamos c/ nossa meta e fazemos visita domiciliar, que não é foco.P7.	1 1	Não é discriminado para nós o trabalho.P4.
3. Treinamento						
				Recebemos treinamentos inadequados.P4 Treinamentos são em descompasso com o fazer.P4	1 1	Eu nunca vi, por exemplo, um treinamento para Psicólogos do Município.P1. Psicólogo tem que ir até aqui e tem que fazer mais ou menos isso.P4.
4. Obstáculos (Campos/Domiti).						
	4.a Estrutural.	Fragmentação.	Resistência.	É da Equipe de Saúde.P1 e P9. É da Enfermagem.P8. É da Autoridade Sanitária.P8 e P9. Equipe de Saúde não tem formação para/lidar com/doente mental.P7 Preconceito profissional com o doente. Resistência pelo desconhecimento. Não sabem da Reforma Psiquiátrica	2 1 2 1 0 0 0	A gente encontra resistência das Equipes das U. S. em trabalhar com o portador de transtornos mentais. E, até das Chefias.P8. E, a gente é um segregado.P4. Somos iguais ao paciente.P4. Ele não tem lugar sabe?P4. A Comunidade tem preconceitos.P4.
		Des-responsabilização		Não há responsabilização.P2 e P6. Psicólogo fica c/ problemática.P9. Psicólogo fica com emergência.P2  Psicólogo com responsabilização.P6. Encaminhar é desresponsabilizar-se. Procurar ajuda no outro.P5. Vários profissionais atendem segmentando o doente.P2.	2 1 1 1 1 1	Quem puder se livrar do paciente. a Equipe, a própria família a  Comunidade.P4. A gente pega mesmo.P4.
	4.b Demanda/Carência.					
		Responsabilidade e U.S.		Lotação. É difícil estar em várias U.S.	0 0	Estamos em várias Unidades.P4. A gente fica assim pra lá, pra cá mas na verdade a gente sente que não faz um serviço.P4.
		Limitações.				
	4.c Político/Comunicação.					
		Poder nos dirigentes.		É difícil comunicar-se.P8. O agente comunitário retorna falas.P2. Chefia não sabe passar	1 1 3	A comunicação é muito falha.P3. A gente não é informada

				tarefas.P5,P8,P9 Pede-se, fala-se e continua igual.P6.	1	do curso.P8.
		Controle social incipiente.		O problema é de comunicação com Equipe, Usuário e Coordenação.P6	1	
	4.d Subjetivo/Cultural.					
		Incertezas profissionais.		É difícil comunicar-se.	0	
		Gestores limitados.		O problema é de comunicação com Equipe, Usuários e Coordenação.	0	2º Não vejo dificuldade em comunicar-se.P7.
	4.e Ético.					
		Privacidade equipe, usuários e família.				
	4.f Epistemológico.					
		Vários níveis de processo.		Preconceito profissional c/o doente.P6,P9 Resistência pelo desconhecimento. Não sabem da Reforma Psiquiátrica.P3 eP6	5	Silêncio
5. Contradições						
	3ª. Inclusão/Exclusão	Resolução 287. Resolução 287. Entre 14 profissões da E. S. F.		Psicólogo atua como E.S.F. e não recebe como ESF.P3 e P4. Psicólogo na E.S.F. faz 8 h, Psic. Unidade Básica de Saúde faz 6 h.P3 eP4.	2 2	Risadas. É um descontentamento geral.P3. Representa uma desvalorização do Psicólogo na Saúde.P6. Tem Unidades que recebem IDQ 30% os Psicólogos recebem 20%.P3. É de uma esfera política.P6.
6. Concretas						
	6.a Espaço			Temos problemas de sala. P1,P4,P5,P6,P7 e P8. Não temos sala para grupo.P5 e P7.	6 2	Não tem sala.P4.
	6.b Material			Falta material didático.P4,P5 e P7.	3	Não tem material.P4.
	6.c Transporte	Locomoção		Atendemos várias U.S.P5,P6,P7 e P8.	4	Até dificuldade de deslocamento.P3.
	6.d Informática.			Sem Internet.P7.	1	Palestra é na tua casa, com o teu computador.P4.

## APÊNDICE I

### GRELHA IV – Conhecimentos objetivos e subjetivos necessários a atuação do psicólogo

4. CONHECIMENTO OBJETIVO E SUBJETIVO NECESSÁRIOS À ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO.					
Preconizadas			Pesquisadas.		
			1ª Coleta Individualmente.	2ª Coleta Devolutiva/Coletora em grupo	
Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias			
1. Objetivas.					
1.1. Psicoterapias.					
	1.a Atribuições. CFP.OIT.199 2.				
		Terapia de grupo.	Saber trabalhar em grupo.P1,P2 e P6. Sem formação p/ grupo.P1,P5 e P8.	3 3	2ºExiste trabalho sem formação.P5 2ºHá que procurar ajuda.P5.
		Terapia de casal.	Trabalhar com casal.P2.	1	2ºNão há atuações específicas.P5.
		Terapia família.	Trabalhar com família.P2 e P3. Dificil trazer família p/ cúmplice .P2.	2 1	2ºTrabalho é para sensibilizar p/ programas e serviços.P5.
		Terapia Comunitária.	Trabalhar com Comunidade.P1,P2,P3,P6 e P7.	5	Depende da personalidade do Psicólogo passar alguma coisa na Comunidade.P6.
1.2. Psicologias.					
	2.a Idem 1.a.	Psic.Social.	Psicologia Social.P7.	1	2ºSaber da graduação é necessária.P5.
		Psicologia jurídica.	Psicologia Jurídica para laudos.P3.	1	Relatórios p/ o Ministério Público, não se sabe fazer, nunca se teve uma capacitação pra isso.P8. 2ºConhecimento nas capacitações.P5.
1.3. Educação.					
	3.a Resolução nº8.	Novas diretrizes Curriculares.	Multiplicidade de saberes é necessária.P2 e P8.	2	Esta aí uma proposta de cursos para Psicólogos do município.P1.
	3.b Portaria 2118/05	Política Recursos Humanos.	Conhecer o fluxo administrativo é necessário.P9.	1	Parece à necessidade de um protocolo do Psicólogo.P3.
1.4. Abordagem.					
	4.a Atribuições. CFP/OIT. 1992.	4.a Atuar junto equipe Multidisciplinar.	A interação é necessária.P9.	1	
	4. Interdisciplinar.	4. Interdisciplinar pede Psicólogo na ESF.	A prática é melhor que formação.P1.	1	2º A prática deve ser atrelada à formação.P5.
	Fontineli (2003)		Qual o papel do Psicólogo no SUS?.P7.	1	

			Como atuar interdisciplinarmente?P6.	1	
1.5. Conhecimento					
	Graduação	Psicopatologia.	É preciso conhecer psicopatologia.P8.	1	2ºÉ básico na formação.P5.
	Campos (2006)	Processo saúde-doença.	Sabemos trabalhar com a doença.P6 e P7.	2	2ºÉ básico na formação.P5.
	Guttari apud Stern.	Fases evolutivas	É preciso conhecer as faixas etárias .P8.	1	2ºÉ básico na formação.P5.
1.6. Políticas.					
	6.a CREPOP/CFP .2007	Políticas públicas ao Psicólogo.	Gostaria de conhecer Políticas Públicas.P3 e P7.	2	2ºDeve-se procurar,não esperar.P5.
	6.b CFP/OIT 1992.	Pede ações coerente SUS.	Gostaria de ter noção do SUS.P7.	1	2ºExiste material no Distrito.P5.
	6.c CRAS/SUAS		Gostaria de saber Saúde Pública.P6.	1	2ºDeve-se procurar,não esperar.P5.
1.7. Prevenção					
	7.a CFP/OIT 1992.	Pede prevenção da saúde.	Não sabemos trabalhar com prevenção.P5,P6 e P7.	3	2ºTem-se conhecimento.P5. É mais fácil focar na doença.
2. Subjetivas.					
	2.a CFP/OIT 1992.	Pede respeito ao ser humano.			
			Gosto pelo trabalho.P1.	1	2ºNecessário gostar de gente.P5.
			Versatilidade.P2 e P9.	2	2ºVersatilidade é imprescindível.P5.
			Persistência.P9.	1	2ºPersistência é necessário a E.M.P5.
			Paciência.P9.	1	2ºPaciência é necessário a E.M..P5.
			Você se insere no trabalho como você é.P5.	1	A maneira de o Psicólogo trabalhar depende da personalidade dele.
			Esperança de ser ESF.P3	1	2ºCom NASF estamos dentro.P5.
			Não ser ESF, desmotiva.P4.	1	2ºLogo será sanado.P5.
			Abertura p/ criar, isto é bom.P5.	1	
			Esta é uma conquista almejada.P3.	1	2ºConcordo.P5.
			O preenchimento dessas faltas facilitaria o trabalho.P3.	1	2ºConcordo.P5.

# 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](#)