



FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO

A EPISTEMOLOGIA SISTÊMICA NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Elisangela Böing

Orientadora: Dr.^a Maria Aparecida Crepaldi

2007

A EPISTEMOLOGIA SISTÊMICA NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

**Trabalho apresentado ao Familiare
Instituto Sistêmico para obtenção do
grau de especialista em Terapia
Relacional Sistêmica.**

Elisangela Böing

Orientadora: Dr.^a Maria Aparecida Crepaldi

Dedico este trabalho às famílias acompanhadas ao longo de dois anos de formação e experiência profissional no contexto da Atenção Básica à Saúde (período do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFSC), que compartilharam comigo um pouco de suas histórias e muito me ensinaram. De modo especial, à Maria, Pedro e sua família (nomes fictícios), cujo acompanhamento encontra-se brevemente descrito neste trabalho, que proporcionaram a mim uma experiência pessoal e profissional rica e desafiadora.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pelos dons da vida e do amor, essências de nosso existir.

Aos meus grandes incentivadores: a minha família, com quem aprendi a persistir e acreditar na realização de cada meta sinceramente proposta. De modo especial: aos meus pais, Edvino e Ivete, pela presença constante, mesmo distante fisicamente, pelo apoio incondicional e incansável incentivo amoroso em toda minha trajetória de formação profissional; aos meus irmãos, Eloise e Wagner, grandes companheiros; e ao Gil, pelo amor e incentivo.

À Professora Dr^a Maria Aparecida Crepaldi, pela sua doce e instrutiva companhia desde a época de graduação em Psicologia; pelas constantes e imprescindíveis orientações e trocas; por me acolher tão afetuosamente, em todos os momentos; pelas palavras de reconhecimento e incentivo.

À Professora Dr^a Carmen L. O. O. Moré, com quem muito tenho aprendido sobre o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar na e com a comunidade; pelo acolhimento constante e pela sua generosidade em ensinar e compartilhar experiências.

À Fernanda Duarte da Luz, que foi minha supervisora local na Residência em Saúde da Família e colega de turma no Familiare, pelo seu jeito simples e carinhoso e pelo seu exemplo de força e determinação na caminhada que fizemos juntas na Atenção Básica à Saúde.

Aos professores e colegas do Familiare, pela amizade, acolhimento e participação na co-construção de uma visão sistêmica da vida.

A todos, minha gratidão!

O que queremos ressaltar é que os eixos da universalidade, equidade e integralidade, constitutivos do SUS só se efetivam quando conseguimos inventar modos de fazer acontecer tais eixos (...) A contribuição da Psicologia no SUS pode estar justamente no entrecruzamento do exercício destes três princípios (...) É, sobretudo num certo método, num certo modo de operar que acreditamos poder estar nossa maior contribuição e também nosso maior desafio (Benevides, 2005, p.23 e 24).

SUMÁRIO

I- INTRODUÇÃO.....	06
II-DESENVOLVIMENTO.....	08
1. SAÚDE: CONCEITOS E PRÁTICAS.....	08
2. EVOLUÇÃO DA CIÊNCIA.....	11
3. EVOLUÇÃO DA CIÊNCIA E AS MUDANÇAS NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE	17
4. O SISTEMA DE SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO ATUAL	19
4.1.POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	20
4.2.POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	22
5. IMPLICAÇÕES DA EVOLUÇÃO DA CIÊNCIA PARA A PSICOLOGIA.....	24
5.1.NO ÂMBITO DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO.....	24
5.2.NO ÂMBITO DAS TEORIAS E PRÁTICAS PSICOLÓGICAS.....	25
6. O PENSAMENTO SISTÊMICO COMO BASE DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA	32
6.1. UM PANORAMA ATUAL.....	32
6.2. PRÁTICAS SISTÊMICAS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	36
6.3. UM MODELO DE ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR – AÇÕES POSSÍVEIS.....	42
7. RELATO DE UM ACOMPANHAMENTO.....	48
7.1. SITUAÇÃO INICIAL.....	48
7.2. ENCAMINHAMENTOS INICIAIS.....	49
7.3. UM POUCO DA HISTÓRIA DE MARIA.....	49
7.4. (DES)ENCAMINHAMENTOS AO LONGO DO ACOMPANHAMENTO.....	51
7.5. UM PANORAMA GERAL DO ACOMPANHAMENTO.....	53
7.6. FINALIZANDO O ACOMPANHAMENTO.....	56
7.7.AVALIAÇÃO.....	57
7.8. O ENCERRAMENTO DO ACOMPANHAMENTO.....	58
III- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
IV- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

I - INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste em uma reflexão sobre a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde. Tem por base teórica o pensamento sistêmico enquanto epistemologia, por entender que este não se opõe ao paradigma tradicional da ciência, mas permite sua revisão e que uma visão segundo seus pressupostos fundamentais (complexidade, instabilidade, intersubjetividade) permite a compreensão do processo saúde-doença, enquanto um fenômeno complexo, e a reflexão sobre a atuação do psicólogo no Setor Saúde.

Desde a década de setenta os psicólogos brasileiros têm atuado na área da saúde, sobretudo, na atenção terciária, no que tem sido denominado Psicologia Hospitalar. Mas a prática psicológica no contexto da atenção primária à saúde hoje no Brasil pode ser considerada incipiente, devido ao pouco tempo de inserção do psicólogo neste espaço.

Cabe esclarecer o uso dos termos “atenção básica” e “atenção primária”. O primeiro tem um sentido mais amplo, compreende ações integrais desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar, na e com a comunidade, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estas ações correspondem à prática de vigilância da saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja efetivação é buscada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo assim, o termo “atenção básica” é empregado particularmente no contexto da Saúde Pública do Brasil. Já o termo “atenção primária” é internacionalmente utilizado e tem significado mais restrito, relacionado à saúde coletiva em ações de promoção e prevenção. Neste trabalho, os termos serão utilizados como sinônimos considerando que será abordada apenas a saúde pública brasileira e que nesta, o primeiro nível de atenção compreende ações integrais e tem a função de organizar todo o sistema de saúde.

Não há, na prática, um local definido para o psicólogo na atenção básica, fazem parte da equipe mínima de saúde da família apenas o enfermeiro e o médico (clínico geral), considerando profissionais de saúde de nível superior, sendo que a presença do odontólogo é garantida pela determinação da existência de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família. Movimentos recentes da categoria dos psicólogos promoveram discussões acerca do papel do profissional de psicologia na saúde pública, se este deve constituir equipes matriciais de apoio às equipes de saúde da família ou ser incluído nestas equipes e atuar segundo a Estratégia de Saúde da Família, na Unidade Local de Saúde. Propostas do Ministério da Saúde apontam para o modelo de equipes matriciais, estas se constituem como suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe matricial compartilha alguns casos com a equipe de saúde local em forma de co-responsabilização, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (Brasil, 2003, 2004a). Assim, as equipes matriciais configuram-se, na prática, como atenção à saúde de nível secundário, ou seja, os psicólogos, nestas equipes, trabalham como especialistas que oferecem suporte técnico aos profissionais da atenção básica, evidenciando, nesta proposta, a falta de conhecimento do potencial das contribuições da psicologia no nível primário de atenção. Desconhecimento dos gestores, dos demais profissionais de saúde e dos próprios psicólogos.

Desde as primeiras incursões de psicólogos no sistema público de saúde discute-se a efetividade de seus padrões de atuação que, atualmente, redundam numa atenção curativa, individual e ineficiente, em função da transposição do modelo clínico tradicional sem a necessária contextualização que a Saúde Pública requer (Dimenstein, 1998, 2000, 2001, 2003; Lima, 2005; Oliveira et al., 2005). Sendo assim, os profissionais de psicologia enfrentam o grande desafio de reorientação

de suas práticas. A necessidade é de uma complementação e superação da formação acadêmica no sentido de uma flexibilização das tecnologias de maneira efetiva para o desenvolvimento de práticas psicológicas condizentes com esse cenário de atuação.

Frente a isso, este trabalho pretende reunir subsídios que contribuam na discussão geral em relação ao papel do psicólogo na atenção básica à saúde. Através de uma reflexão epistemológica referente à transição do paradigma tradicional e do novo paradigma da ciência, será apresentada uma contextualização da temática, iniciada por uma breve explanação sobre a evolução do conceito e práticas de saúde e os reflexos do desenvolvimento da ciência sobre os mesmos, assim como, as implicações para a Psicologia e para a atuação do psicólogo na Atenção Básica. Além disso, serão apresentadas as “ações possíveis” de um modelo de atuação psicológica em equipes interdisciplinares de saúde e o relato de um acompanhamento psicológico-interdisciplinar em uma Unidade Local de Saúde para ilustração.

Cabe esclarecer, ainda, o uso de alguns termos ao longo do trabalho para facilitar a compreensão do mesmo. Embora possam ser feitas distinções no uso de algumas terminologias, serão utilizados como sinônimos: “epistemologia” e “paradigma”; “tradicional” e “moderno”; “pensamento sistêmico”, “novo-paradigma” e “pós-moderno”.

II – DESENVOLVIMENTO

1. SAÚDE: CONCEITOS E PRÁTICAS

A compreensão a respeito do tema “saúde” está diretamente relacionada à cultura, ao contexto histórico e às condições concretas de existência, e são as concepções sobre “saúde” e “doença” predominantes em uma sociedade que determinam as práticas de saúde adotadas. Um breve resgate histórico permite a

visualização da evolução das concepções de saúde e correlação destas com as práticas de saúde.

Os povos antigos (assírios, caldeus e hebreus) tinham uma visão mágica do mundo e explicavam as doenças por atuações de demônios e espíritos malignos, cabendo, a cura, à atuação do feiticeiro que tinha o poder de evocar espíritos. Já para os hindus e chineses, a doença era causada pelo desequilíbrio entre os elementos do organismo humano, por influências do ambiente físico (causas externas); o restabelecimento da saúde se daria pelo reequilíbrio da energia interna através de terapêuticas (acupuntura e do-in). Esta concepção perde o caráter mágico e religioso onde o homem atua ativamente no processo de cura (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983).

Entre as grandes civilizações do Oriente Médio, China e Índia, surgiu a civilização grega. Devido à colonização de toda a Europa pelo Império Romano, a cultura grega influenciou muito a civilização Ocidental. Nesta cultura, a concepção de saúde trilhou o caminho dos hindus e chineses, sendo entendida como estado de harmonia entre os quatro elementos do corpo humano (água, terra, ar e fogo). Hipócrates enriqueceu as concepções de saúde e doença, revelando uma visão epidemiológica, através da prática clínica e cuidadosa observação empírica, defendendo um conceito ecológico e multicausal de saúde-doença. O conhecimento do processo saúde-doença foi um dos aspectos culturais mais difundidos e se tornou fundamento do que veio a ser chamada "medicina científica". O diagnóstico era realizado através de roteiro da exploração sensorial, da comunicação oral e do raciocínio, válido até os dias de hoje (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983).

Na Idade Média, sob influência do Cristianismo, volta-se, de certa forma, ao pensamento mágico-religioso: para os pagãos, as doenças eram consideradas possessão do diabo ou feitiçarias; para os cristãos, sinais de purificação e expiação dos pecados. Ocorre um relativo retrocesso teórico-metodológico na medicina

ocidental, os princípios hipocráticos são mantidos enquanto concepção teórica, mas a prática clínica é abandonada, sendo a fé e religiosidade considerados elementos importantes para tratamento e cura. Nesta época, surgem os primeiros hospitais, como “depósitos” de indivíduos, não tinham função terapêutica, mas sim, de últimos serviços prestados ao doente pobre, por caridade (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983; Pitta, 1999; Singer, Campos & Oliveira, 1978).

Com o fim da Idade Média, através do Renascimento – caracterizado pelo conjunto de revoluções sociais contra autoridade magistral (senhores feudais e reis) e o dogmatismo religioso-filosófico (Igreja) que ocasionaram grandes transformações políticas, sociais e econômicas – surgiu uma nova forma de produzir e viver em sociedade: o capitalismo. A ciência apresenta um salto qualitativo importante neste processo. São retomados os experimentos e observações anatômicas. Durante todo o século XVIII, os estudos voltam-se para a compreensão do corpo humano e alterações anatômicas decorrentes das doenças, desvelando sinais e sintomas, consolidando a prática clínica através de uma abordagem do particular e do individual (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983).

No final do século XVIII, após a Revolução Francesa, no contexto da crescente urbanização dos países europeus e consolidação do sistema fabril, aparece, com força crescente, a explicação social na causalidade das doenças (causação social), relacionando-as com as condições de vida e trabalho das populações. Neste cenário e através do desenvolvimento das ciências sociais, surge a teoria social da medicina (o termo Medicina Social é datado de 1848) onde as condições sociais e econômicas ganham significativa importância quanto aos impactos provocados sobre a saúde e a doença, e os programas de reforma da saúde abarcam medidas sanitárias e de legislação trabalhista (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983).

Com as descobertas bacteriológicas, em meados do século XIX, a doença passa a ter seu agente etiológico (teoria unicausal) e as concepções sociais

(multicausais) são descartadas, liberando a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos. Decorrente da concepção unicausal, a saúde passa a ser entendida como ausência de doença, ou seja, ausência de um agravo causado por um germe. Frente a estas novas evidências e idéias, ocorreu um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico. Dentre os vários projetos de reformulação, sobressaiu-se o Relatório Flexner, de 1910, que colocou ênfase na pesquisa biológica e na especialização. O modelo flexneriano, presente até os dias de hoje, caracteriza-se pelo biologicismo, individualismo e especialização, e fundamenta a prática sanitária curativista, indivíduo-centrada (Santos & Westphal, 1999).

A teoria unicausal torna-se insuficiente no início do século XX, quando, através de um processo denominado Revolução Vital, houve uma mudança no quadro de saúde da população caracterizado pela diminuição da mortalidade (pelo controle das doenças infecto-contagiosas) e aumento da morbidade (predominância de doenças crônico-degenerativas). Com este cenário, tem-se o nascimento da multicausalidade moderna. O modelo multicausal evoluiu ao longo do século XX, por pelo menos três modelos de análise: “o modelo da balança” (saúde como equilíbrio entre fatores agentes e fatores hospedeiros, os fatores são tomados isoladamente, mostrando-se apenas uma reinterpretação do modelo unicausal); “o modelo da rede de causalidade” (considera interações recíprocas de múltiplos fatores, para atuar na doença bastava identificar na rede o componente mais frágil e intervir) e o “modelo ecológico” (considerado o mais acabado do conceito de multicausalidade, sua limitação está em não estabelecer uma hierarquia entre os processos biológicos e sociais) (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983; Singer et al., 1978).

A partir da década de sessenta, em meio à crise econômica e política, com a diminuição de gastos sociais do Estado, com os altos custos e baixa eficácia da medicina curativista/ hospitalar e a limitação dos modelos dominantes em explicar

os diferenciais de saúde-doença entre os grupos sociais, surge o “modelo da determinação social da doença”. Este modelo busca expressar a unidade do processo saúde-doença, a historicidade deste processo, bem como seu caráter duplo – biológico e social – reconhecendo a especificidade de cada um e analisando a relação que conservam entre si (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983).

2. EVOLUÇÃO DA CIÊNCIA

Como dito anteriormente, as concepções sobre “saúde” e “doença” estão correlacionadas às práticas de saúde. A produção de conhecimento científico, que sofre influência e também influencia tais concepções, fundamenta e consolida as práticas profissionais de saúde. Assim, é importante apresentar também, um breve resgate do curso da ciência, de forma que se possa contextualizar, epistemologicamente, as concepções e práticas de saúde atuais.

Um forte marco do avanço da ciência se deu nos séculos XVII e XVIII, com Descartes, Newton, John Locke e Adam Smith, fundadores do Iluminismo, movimento que, com idéias que derrubaram o Estado Absolutista, lançaram base do racionalismo e mecanicismo. Pode-se destacar como pressupostos epistemológicos desta ciência moderna (tradicional): a simplicidade, a estabilidade e a objetividade.

O pressuposto da simplicidade se remete à crença de que é preciso separar o objeto em partes para entender o todo, daí decorrem, entre outras coisas, a atitude de análise e a busca das relações causais lineares. O pressuposto da estabilidade se baseia na crença de que o mundo é estável, que “já é como é”. Ligados a esse pressuposto estão as crenças na determinação (com a conseqüente previsibilidade dos fenômenos) e na reversibilidade (com a conseqüente controlabilidade dos fenômenos). E o pressuposto da objetividade, ou seja, a crença de que existe uma realidade independente do observador e que é possível e indispensável ser

objetivo, como critério de cientificidade, na constituição do “conhecimento verdadeiro” do mundo, da realidade (Esteves de Vasconcellos, 2003).

A ciência moderna, o paradigma dominante, vem passando por uma crise profunda e irreversível, fruto da revolução científica iniciada com os físicos Max Plank, Einstein (com o conceito de relatividade), Niels Bohr, Boltzman, Heisenberg (com o princípio da incerteza, demonstrando a interferência do observador na observação/medição de um objeto). Desta forma, as leis da física assumem caráter probabilístico e a hipótese de determinismo mecanicista é inviabilizada uma vez que a totalidade do real não se reduz à soma das partes, evidenciando-se, ainda, a complexidade da distinção sujeito/objeto. E mais recentemente, sobretudo nas três últimas décadas do século XX, somam-se as contribuições de diversos outros cientistas através de conceitos e teorias que se colocaram como condições da crise do paradigma dominante, dentre os quais destacam-se: o químico russo Ilya Prigogine, o físico e ciberneticista austríaco Heins Von Foster, o biofísico francês Henri Atlan, e os biólogos chilenos Humberto Maturana e Francisco Varela. Realizando estudos e pesquisas em conformidade com o paradigma tradicional da ciência, os cientistas encontraram resultados que lhes mostraram os limites desse paradigma. Viram irreversibilidade e incontrolabilidade em alguns processos físicos, como os fenômenos do calor; reações de sistemas físico-químicos que operam longe do equilíbrio (quando as flutuações podem ser amplificadas e o sistema evolui através de saltos qualitativos) e determinação histórica no funcionamento de estruturas dissipativas químicas (Aun, Esteves de Vasconcelos & Coelho, 2005; Esteves de Vasconcellos, 2003; Sousa Santos, 2006).

Estas teorias culminam em uma nova concepção de matéria e natureza e fazem parte de um movimento convergente, sobretudo a partir de meados dos anos setenta, que atravessa as várias ciências, inclusive as ciências sociais. Este movimento traz inovações teóricas que propiciam uma profunda reflexão epistemológica sobre o conhecimento científico. As leis assumem caráter

probabilístico, aproximativo e provisório. Na biologia, onde as interações entre fenômenos e formas de auto-organização são mais visíveis, a noção de lei foi sendo substituída pelas noções de sistema, estrutura, modelo e processo. Os objetos passam a ter fronteiras cada vez menos definidas a tal ponto que os objetos em si são menos reais que as relações, em teias complexas, entre eles (Esteves de Vasconcellos, 2003; Sousa Santos, 2006).

Destas inovações teóricas surgem conceitos importantes como a circularidade e a recursividade. O primeiro diz respeito a um conceito que vai além da causalidade linear por se referir a um sistema auto-regulador. Neste, parte do efeito ou do resultado do comportamento volta à entrada do sistema como informação e influenciando no comportamento subsequente, o funcionamento auto-regulador de um aparelho refrigerador de ar é um exemplo prático de causalidade circular. Já a recursividade refere-se a uma revisão das noções de produto e produtor: *processos em que os efeitos e produtos são necessários ao próprio processo que o produz*. Trata-se de uma causalidade complexa que pode ser representada por uma espiral em que o produto de uma ação “retorna” a situação que lhe produziu, “reforçando-o”, quer dizer, gerando processo de produção (Esteves de Vasconcellos, 2003, p.116).

Nada está isolado no Universo, tudo está em relação através de um emaranhamento de ações, interações e retroações, este é um dos princípios sobre os quais Morin (1996) discorre sobre a epistemologia da complexidade. Segundo o autor, não se trata de um pensamento que “abre todas as portas”, não é onisciente, pois sabe que sempre é local, situado em um tempo e momento, não é completo, pois sabe de antemão que sempre há incertezas. Assim, ao adotar o ponto de vista da complexidade, sabe-se que é impossível um ponto de vista onisciente e que o caminho possível é a construção de metapontos de vista – limitados e frágeis – requisito que diferencia o pensamento simples, que acredita em verdades, em realidade independente do observador, e o conhecimento complexo que aponta

para a necessidade da “curva auto-observável” do observador-conceituador sobre si mesmo.

Considerando que tudo no Universo está interconectado em uma rede de relações, Morin (1996) descreve o princípio ecológico da ação como um princípio fundamental da complexidade. Este afirma que a ação escapa à vontade do ator político para entrar no jogo das inter-retroações do conjunto da sociedade, sendo assim, as conseqüências últimas são sempre imprevisíveis. Este princípio fundamenta o que o autor define como “Era Planetária”, no sentido de que tudo o que ocorre em um ponto do globo pode repercutir em todos os outros pontos do globo, em função de inúmeras interconexões entre os diferentes segmentos do planeta – originárias de duas Guerras Mundiais – trata-se da complexidade no mundo da política.

Ao discorrer sobre a revolução paradigmática, Morin (1996) afirma que está acontecendo, mas que é difícil discerni-la porque uma grande virada nas premissas do pensamento necessita de muito tempo, trata-se de uma revolução difícil, lenta e múltipla. *Estamos num período inicial no qual devemos repensar as perspectivas de um conhecimento e de uma política dignos da humanidade na era planetária, para que a humanidade possa nascer como tal. E devemos trabalhar no acaso e na incerteza* (p.285).

Sousa Santos (2006) faz um delineamento do paradigma emergente ou pós-moderno, mas não chega a nomeá-lo, nem aponta epistemologias que poderiam assumir esse caráter. Afirma que a crise do paradigma dominante emite sinais que permitem apenas uma especulação acerca do paradigma que emergirá do período de revolução científica, mas que este, apresentará distinções básicas do paradigma dominante.

Semelhante ao delineamento feito por este autor, a respeito da revolução científica e as condições que “preparam terreno” para o surgimento do paradigma emergente, Esteves de Vasconcellos (2003), epistemóloga brasileira, segue este

percurso do desenvolvimento da ciência e vai além, afirmando ser o pensamento sistêmico o “novo paradigma da ciência”. O pensamento sistêmico, segundo esta autora, assume um caráter “novo paradigmático” através do avanço nas três dimensões epistemológicas fundamentais: do pressuposto da simplicidade para o pressuposto da complexidade (buscando a contextualização dos fenômenos e reconhecendo a causalidade recursiva); do pressuposto da estabilidade para o da instabilidade (entendendo que o mundo está em processo dinâmico de constantes transformações e a conseqüente imprevisibilidade de alguns fenômenos) e do pressuposto da objetividade para o pressuposto da intersubjetividade (reconhecendo que não há uma realidade independente do observador, que o conhecimento científico é construção social, em espaços consensuais, por diferentes sujeitos/observadores).

Esteves de Vasconcellos (2003) afirma que é no cientista que se produz a mudança de paradigma, que é ele e não a ciência, que pode, ou não, tornar-se novo paradigmático. E ressalta que a mudança de paradigma não implica na destruição ou substituição do paradigma tradicional, isso porque o pensador sistêmico foca as relações, e naturalmente, tendo ultrapassado uma forma de pensar disjuntiva e adotado a lógica aditiva, integradora, ele pensará a articulação. Ao ter-se tornado novo-paradigmático, o cientista resgata e integra a ciência tradicional, porém tendo um novo olhar sobre ela. Trata-se de uma articulação e ultrapassagem dos pressupostos epistemológicos fundamentais já apresentados: da simplicidade para a complexidade; da estabilidade para a instabilidade e da objetividade para a intersubjetividade.

Com a mudança de paradigma, segundo a autora, a epistemologia deixa de ser subjacente à ciência e passa a estar duplamente presente na ciência: primeiro, porque a ciência passa a responder à pergunta epistemológica sobre o sujeito do conhecimento, sobre como os cientistas conhecem como seres biológicos humanos; segundo, porque o cientista vive e age no mundo – não apenas ao fazer

ciência, mas inclusive ao fazer ciência – a partir da sua epistemologia. O cientista avança, pois, de uma epistemologia filosófica para a ciência (para conhecer e atuar cientificamente) em direção à uma epistemologia científica para a vida (para estar e agir no mundo, inclusive para atuar e conhecer cientificamente).

Sousa Santos (2006) aponta que a reflexão epistemológica se mostra muito mais avançada e sofisticada que a prática científica, de forma que se evidencia uma fase de transição e de insegurança. Cabe lembrar que estas palavras procederam de um discurso do autor realizado em meados da década de oitenta e ainda hoje, embora o paradigma emergente se apresente de forma mais concreta – como apresentado por Esteves de Vasconcellos, 2003 – a prática científica ainda se mostra fortemente atrelada aos pressupostos da ciência tradicional. Glaserfeld (1991), no início dos anos noventa, fez uma afirmação que também continua válida: *até hoje, somente poucos tomaram plena consciência de toda a extensão dos efeitos das 'revoluções' científicas ocorridas no decorrer dos últimos cem anos* (p.18).

Para Rifkin e Howard (1980, citados por Esteves de Vasconcellos, 2003) a geração atual, nutrida pelo “velho” paradigma da ciência e convivendo com o novo paradigma apenas emergente, questiona suas crenças anteriores mas se mostra incapaz de abandonar completamente a visão de mundo em que foi condicionada e não se sente totalmente confortável com a nova visão para articulá-la nas rotinas diárias. Contudo, para as próximas gerações, o novo paradigma da ciência será sua segunda natureza, as pessoas não pensarão sobre ele, mas viverão através dele e como por muito tempo as pessoas foram inconscientes do domínio do paradigma tradicional, também eles, das próximas gerações, não perceberão, conscientemente, o domínio do novo paradigma sobre eles.

Cecchin (1996), referindo-se à dificuldade da incorporação efetiva de um novo paradigma, aponta a necessidade, para aqueles que desejarem pensar sistemicamente, de “treinar-se epistemologicamente” em circularidade e recursividade, caso contrário, cedo ou tarde, o profissional recai em pontuações

lineares, por exemplo, em terapia, a culpar alguém, formular diagnóstico ou dizer o que a família deve fazer. O exercício proposto pelo autor é bastante simples e pode ser resumido basicamente em: estar aberto para aceitar diferentes versões, entendendo que não há uma realidade independente do observador e que o olhar de cada um é apenas uma das descrições possíveis; substituir sempre o verbo “ser” pelo verbo “estar” ao descrever uma situação, assim substitui-se à atribuição de papéis fixos para focar as interações, por exemplo, não se fala que uma criança é agressiva, mas que ela está agressiva em relação a alguém em um determinado contexto.

3. EVOLUÇÃO DA CIÊNCIA E AS MUDANÇAS NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE

Esta fase de transição paradigmática pode ser visualizada claramente na área da saúde onde, embora se tenha um modelo abrangente de compreensão – o modelo da produção social da saúde, que busca abarcar a complexidade do processo saúde-doença – a formação científica e as práticas profissionais nesta área ainda são, predominantemente, pautadas no paradigma tradicional da ciência, através do modelo hegemônico da atenção médica, curativa, indivíduo centrada: o modelo flexneriano.

O modelo flexneriano reflete uma visão racionalista através da dicotomia mente-corpo; mecanicista, reducionista e determinista, buscando o conhecimento aprofundado do funcionamento das partes do corpo, formando especialistas, culminando na desumanização das práticas de saúde. A fragmentação do conhecimento em disciplinas diversas possibilitou um grande avanço dos saberes, contudo, paradoxalmente, o conhecimento fragmentado dificulta a compreensão do todo. A falência deste modelo se expressa no agravamento dos problemas de saúde da população e na incapacidade da ciência, das instituições e da sociedade de responderem de forma eficiente aos mesmos (Gomes, 1997; Spink, 2003).

Assim como a ciência em geral teve um grande avanço através do paradigma tradicional, na área da saúde, o modelo flexneriano de ensino propiciou um grande avanço teórico e tecnológico fundamental para a atualidade. E assim como a ciência tradicional encontrou seu limite através de seu próprio desenvolvimento, o modelo flexneriano também esbarrou em suas limitações a partir do momento em que se mostrou insuficiente para responder aos problemas de saúde da população, uma limitação do seu conceito de saúde, de produção de conhecimento e das possibilidades de intervenção, uma limitação epistemológica.

A construção de um novo modelo e de um novo sistema de saúde que atenda às reais necessidades de saúde da população implica, portanto, em uma mudança epistemológica que, no contexto desta discussão, pode ser dividida em mudanças de três categorias fundamentais: da concepção do processo saúde-doença; do paradigma sanitário e da prática sanitária (Mendes, 1996; Santos & Westphal, 1999).

No modelo flexneriano, pautado na ciência tradicional, saúde é entendida como ausência de doença, e as práticas de saúde são voltadas à prevenção de doenças e ações curativo-reabilitadoras. Trata-se, portanto, de uma concepção negativa de um modelo que encontrou sua limitação por não conseguir responder à mudança no quadro de saúde da população, com a diminuição acentuada da mortalidade e acréscimo significativo da morbidade. Surge então novas concepções que relacionam saúde com condições de vida. A constatação de determinantes mais gerais da saúde foi o pano de fundo para a Organização Mundial da Saúde organizar a Conferência Internacional pela Promoção da Saúde (Canadá, 1986) onde foi subscrita por 38 países a "Carta de Ottawa" que apresentou a paz, a educação, habitação, renda, ecossistema saudável, conservação dos recursos, justiça social e a equidade como requisitos fundamentais para a saúde. Desde então, a promoção da saúde passou a ser considerada cada vez mais nas políticas públicas (Mendes, 1996).

A mudança de concepção que deve ser concretizada, portanto, é de uma concepção negativa de saúde, entendida como ausência de doenças (ainda fortemente presente) para uma concepção positiva de saúde, vista como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida da população. Não se fala, portanto, de saúde e doença como opostos, mas como um processo: “o processo saúde-doença”.

Atreladas a esta mudança de concepção vêm as mudanças no paradigma sanitário e na prática sanitária. O paradigma flexneriano, que tem por base os pressupostos da ciência tradicional (simplicidade, estabilidade e objetividade) refletidos no mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização e tecnificação, privilegia o diagnóstico e a terapêutica e sustenta a prática sanitária da atenção médica, curativa e indivíduo-centrada. O novo paradigma sanitário tem como fundamento a teoria da produção social da saúde, que busca uma compreensão contextualizada, identificada com os pressupostos da ciência novo-paradigmática (complexidade, instabilidade e intersubjetividade) e que requer, portanto, um conhecimento e prática interdisciplinar e intersetorial.

A prática de saúde referenciada por um conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social é a vigilância da saúde. Esta prática compreende ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença em três grandes ações: promoção da saúde; prevenção de doenças e atenção curativa (Mendes, 1996; Santos & Westphal, 1999).

4. O SISTEMA DE SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO ATUAL

No cenário atual, as políticas públicas brasileiras de saúde são organizadas e regidas pelas leis do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 – leis nº 8.080 e 8.142. Os principais artigos destas leis estabelecem um conceito ampliado de saúde incorporando fatores do meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação), meio sócio-econômico e

cultural (educação, renda, ocupação) e oportunidades de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Estas leis legitimaram o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, cabendo, ao governo, garantir este direito. E estabeleceram os princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 1990, 1998).

A universalidade consiste na garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde assim como os serviços privados que tem convênio com o SUS. A equidade é o princípio que objetiva diminuir as desigualdades, o que não significa que seja sinônimo de igualdade, mas, consiste no entendimento de que, embora todos tenham direitos aos serviços de saúde, os investimento e atenção são distribuídos conforme necessidade, independente do poder aquisitivo do cidadão. O princípio da integralidade determina que as ações de saúde devem voltar-se ao indivíduo de forma integral, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e os contextos de vida. E que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas para a promoção, prevenção e a recuperação da saúde (Andrade, Soares & Cordoni Jr., 2001; Brasil, 1990, 1998).

O SUS está amparado em uma vasta legislação, além das leis 8.080 e 8.142 da Constituição Federal de 1988, complementarmente existiram várias Normas Operacionais do SUS. As portarias ministeriais são importantes instrumentos de regulação de políticas e visam definir instruções para a execução das leis aprovadas pelo Poder Legislativo, tal como previsto na Constituição Federal de 1988. No contexto do setor saúde, as portarias têm assumido um papel de grande destaque, não só pelo quantitativo de documentos apresentados a partir dos últimos anos da década de 90, mas principalmente pelo forte poder de indução que este instrumento assumiu na definição da política setorial (Baptista, 2007).

4.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Para responder à crise do modelo assistencial tradicional (flexneriano, bio-médico), foi oficializado em 1994 a Estratégia de Saúde da Família - ESF (popularmente conhecida como "Programa de Saúde da Família" – PSF), com o objetivo de reversão do modelo assistencial, em novas bases e critérios, em conformidade com os princípios do SUS. A ESF veio para organizar a atenção básica, criando, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde em que uma equipe de saúde da família, em um território de abrangência definido (uma equipe responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes), desenvolve ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat de forma contínua, personalizada, ativa e integral, com ênfase na promoção e prevenção, sem descuidar do curativo reabilitador, com alta resolutividade (80%), com baixos custos diretos e indiretos (econômicos e sociais) e articulando-se com outros setores. Elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade profissional de saúde – população. A atenção básica, através da ESF, funciona como "porta de entrada" para o sistema e organizadora do mesmo, encaminhando os usuários aos níveis secundário e terciário, conforme necessidade, através do sistema de referência e contra-referência (Brasil, 1990, 1998, 2006; Franco & Merhy,2003).

Tendo a família como foco de cuidado, buscando uma compreensão ampliada do indivíduo inserido em diferentes contextos para o melhor entendimento do processo saúde-doença, a ESF preconiza o trabalho de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, através de uma abordagem interdisciplinar e ações intersetoriais (Brasil, 1990, 1998, 2006).

Assim, o conhecimento e a prática interdisciplinar surgem como alternativas novo-paradigmáticas de se promover a inter-relação entre as diferentes áreas de conhecimento, entre diferentes profissionais e entre eles e o senso comum,

tornando-se uma necessidade real do profissional de saúde para uma atenção integral que abrange toda a complexidade do processo saúde-doença. Não se trata de uma unificação dos saberes, nem de uma busca do consenso, mas relaciona-se ao pensamento divergente que requer criatividade, flexibilidade e originalidade – princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência e da compreensão de seus limites (Gomes, 1997).

Cabe aqui uma distinção entre ecletismo e pluralismo. O primeiro caracteriza-se pela conciliação e uso simultâneo, linear e indiscriminado de teorias diversas sem considerar as diferenças e incompatibilidades na origem histórica, na base conceitual e epistemológica e nas implicações éticas, ideológicas e políticas de cada teoria. É diferente de reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos fenômenos que exigem um conjunto pluralista de perspectivas diferentes de abordagem. É, portanto, na postura pluralista que se situa o conhecimento e as práticas interdisciplinares (Coutinho, 1991, citado por Vasconcelos, 2000, 2002).

A interdisciplinaridade exige a identificação de uma problemática comum, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais de cada campo original, em um esforço conjunto de decodificação em linguagem mais acessível dos próprios campos originais e de tradução de sua significação para o senso comum, permitindo a identificação de diferenças e eventuais convergências entre esses conceitos, permitindo uma “comparação contextualizada” resultando em uma aprendizagem mútua que não se efetua pela simples adição ou mistura linear, mas por uma recombinação dos elementos internos. Trata-se, portanto, de um movimento de reconhecimento, aceitação das diferenças e construções conjuntas (Moré, 2001; Vasconcelos, 2000, 2002).

Assim, a prática interdisciplinar promove mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Inicia-se, portanto, por uma atitude interdisciplinar, em que o profissional deve renunciar o status e a

onipotência que sua especialidade lhe confere e exercitar constantemente a humildade, condição necessária para uma postura de co-construção. No exercício da interdisciplinaridade o saber de cada profissional se reconstrói, revitalizando-se no próprio ato de conhecer e pensar, desta forma, a interdisciplinaridade passa a ser tanto um instrumento epistemológico de compreensão, quanto de construção da ciência. Não anula nem desvaloriza as especialidades, pois reconhece que elas constituem o cenário no qual ela se produz (Gomes, 1997; Moré, 2001; Vasconcelos, 2000, 2002).

A saúde deve ser vista como ponto de partida e de chegada para a intervenção profissional. O saber interdisciplinar propicia ao profissional de saúde perceber o homem como um todo, através de uma visão que transcenda à especificidade do seu saber. A atuação do profissional se torna ampla e contextualizada possibilitando ao mesmo a compreensão das implicações sociais de sua prática para que esta possa se tornar realmente em um produto coletivo e eficaz (Gomes, 1997).

4.2. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Especificamente com relação à saúde mental, as políticas de saúde brasileiras, no decorrer da última década, passaram por importantes e significativas transformações, buscando a evolução de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária. Embora a busca deste novo modelo seja consenso político, ainda não se encontra plenamente retido no conjunto da atenção em saúde mental do SUS, que permanece despendendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar (Brasil, 2004b).

O Ministério da Saúde, através do documento "Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários" (Brasil, 2003), preconiza a assistência em saúde mental na rede básica através do apoio matricial às equipes da atenção

básica visando aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local, através da responsabilização compartilhada (equipe matricial-equipe local), excluindo assim a lógica do encaminhamento.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo o mesmo documento, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Estes centros devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam e ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental, uma vez que esta deve ser feita dentro de uma rede de cuidados em que estão incluídos: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Contudo, o atendimento às pessoas com problemas de saúde mental é uma tarefa complexa e nem sempre as equipes de atenção básica estão preparadas, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes (Brasil, 2003, 2004a).

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003, 2004a).

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional em que uma equipe de referência deve ser responsável pelo acompanhamento matricial de seis até nove equipes da ESF ou da atenção básica em geral. Visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável,

compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (ESF), em forma de co-responsabilização, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (Brasil, 2003, 2004a).

Em janeiro de 2008, foi publicada a Portaria Ministerial nº 154 que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Trata-se de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas que devem atuar em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família. A portaria ressalta que em virtude da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada núcleo conte com pelo menos um profissional da área da saúde mental (Brasil, 2008). Ressalta-se, portanto, que a portaria não garante a presença do profissional de psicologia nos núcleos.

5. IMPLICAÇÕES DA EVOLUÇÃO DA CIÊNCIA PARA A PSICOLOGIA

Seguindo uma trajetória paralela a da evolução do pensamento científico em geral, e como reflexo desta, a psicologia enquanto ciência mostra, ao longo de sua história, uma variação de objetos de estudo, estratégias de investigação, teorias e modelos de atuação.

5.1. NO ÂMBITO DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Inicialmente o objeto de estudo da psicologia era a Consciência, sua estrutura, funcionamento, associação do estímulo à resposta. O método de investigação era a introspecção, ou seja, a verbalização dos sujeitos de suas sensações, percepções e raciocínio no decorrer dos experimentos. Na tentativa de receber reconhecimento da comunidade científica, um ramo paralelo, ao final do século XIX e início do século XX, a psicologia depara-se com a necessidade de ter instrumentos capazes de propiciar medidas confiáveis de aspectos diversos das

habilidades humanas, uma abordagem quantitativa, condizente às exigências da ciência tradicional, surge então a Psicometria; Testes de Avaliação de Personalidade, Interesses, Habilidades e Inteligência (Biasoli-Alves, 1998).

Nos Estados Unidos da América, pela influência de psicólogos estudando no laboratório de Wundt, constitui-se outra caracterização de objeto de estudo: o comportamento. Por volta de 1940, com reconhecimento crescente das influências do ambiente nas ações das pessoas, nasce o Behaviorismo que, radicalizado, admite apenas o observável. Os trabalhos são realizados através da experimentação, tendo os animais e o laboratório como sujeitos e ambiente preferenciais de estudo. A observação é utilizada como técnica adicional. Em outros contextos, ainda em meados do século XX, com a aproximação com a Etologia (Inglaterra) altera-se o modo de trabalhar com a estratégia observacional: preferindo ambiente natural, e conferindo importância de outros sujeitos para a construção do conhecimento sobre temáticas novas: bebês, crianças, mães dentro da rotina diária dentro do ambiente familiar. Nesse sentido, o enfoque etológico foi responsável pelo grande avanço, sobretudo da psicologia do desenvolvimento, representando a primeira expansão na busca de uma apreensão mais globalizada do comportamento – entendido como biologicamente determinado e submetido aos estímulos do meio ambiente – como objeto de estudo da Psicologia (Biasoli-Alves, 1998).

Nas quatro/cinco últimas décadas do século XX, sob influência de outras áreas do conhecimento (Sociologia, Antropologia, Educação, História) a Psicologia aproxima-se de uma concepção de seu objeto de estudo caracterizado pelo: homem, um ser histórico e social. Surge a necessidade de métodos de investigação abrangentes que possibilitem compreensão contextualizada do comportamento, através de estratégias indiretas de investigação, sobretudo o Relato Oral, em uma abordagem qualitativa (Biasoli-Alves, 1998).

Neste resgate histórico pode-se entender o desenvolvimento da psicologia enquanto ciência, desde a forte influência do paradigma dominante da ciência tradicional com os pressupostos de simplicidade, estabilidade e objetividade, que na prática implicam: na definição de objetos de estudo compartimentados, isolados do contexto; na busca da representatividade e generalização do conhecimento, da quantificação, do máximo de controle sobre variáveis e da neutralidade do pesquisador; até as tendências atuais do pensamento sistêmico, buscando a contextualização dos fenômenos em uma abordagem qualitativa.

5.2.NO ÂMBITO DAS TEORIAS E PRÁTICAS PSICOLÓGICAS

O movimento da revolução científica, sobretudo nas três últimas décadas do século XX, que apontou as limitações da ciência moderna através de estudos e descobertas advindas do seu próprio modelo, trouxe inovações teóricas que desencadearam uma profunda reflexão epistemológica sobre o conhecimento psicológico com importantes implicações diretas no papel do psicólogo, na sua forma e contexto de atuação. Assim como a ciência em geral se encontra em um período de transição caracterizado pela co-existência da ciência tradicional e novo-paradigmática, na Psicologia, atualmente, se encontram linhas de pensamento fortemente pautadas na ciência tradicional e outras com pressupostos epistemológicos da ciência novo-paradigmática.

A psicologia na ciência moderna apresenta-se com teorias e práticas pautadas pelos parâmetros de métodos lógicos e empíricos que possam resultar na descoberta de leis gerais do comportamento, correspondentes a realidade criteriosamente observada e confirmada pela replicação dos resultados de observações cientificamente obtidas. No modelo da ciência tradicional, dentro da perspectiva da objetividade, o universo psicológico, como qualquer outro, é concebido como passível de ser conhecido sem qualquer interferência do observador e do ato de observar. Como consequência, as pessoas e suas

experiências foram objetificadas e padronizaram-se descrições e critérios diagnósticos (em manuais como o DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), consideradas descrições reais dos problemas mentais, uniformizando pessoas e contextos. Pautado no pressuposto da estabilidade, sustenta-se a crença em métodos padronizados de tratamento dos problemas humanos, através de procedimentos replicáveis, apoiados em resultados predizíveis e efetivos para pessoas em geral – incluídas nos seus rótulos (Grandesso, 2000).

Em todas as psicologias tradicionais subjetivistas e essencialistas, como os movimentos fenomenológicos, introspectivo, psicodinâmico e as terapias psicanalíticas e humanísticas, tinha-se a convicção do “self” como uma entidade abstrata, diferenciada e separada das restantes construções psicológicas. Conhecer, examinar o “self” foi uma presunção essencialista central em grande parte da história da psicoterapia (Goolishian & Anderson, 1996).

Nas teorias psicológicas tradicionais, de forma geral, o problema era compreendido como expressão de um defeito psíquico estrutural ou de um defeito familiar estrutural e a terapia tinha a função de restaurar a ordem, o funcionamento do sistema defeituoso. Isso porque as famílias eram vistas como máquinas homeostáticas e o terapeuta assumia o papel de reparador do sistema em disfunção que estabelecia um diagnóstico, meta e procedimentos – técnicas de intervenção – para a mudança. Estes modelos refletem o pensamento positivista que coloca o profissional na posição de *expert*, detentor de um conhecimento concebido como a representação icônica dos fatos e eventos do mundo adquirido pela observação neutra do profissional localizado fora do sistema (Grandesso, 2000).

Conforme essa epistemologia foi sendo questionada, novos modelos teóricos foram desenvolvidos trazendo metáforas mais úteis para as práticas sistêmicas. Como exemplo, tem-se a substituição de metáforas teóricas de energia da psicanálise dos problemas individuais pelas metáforas comunicacionais. Os

sistemas familiares, assim como os sistemas sociais, deixam de ser concebidos como estruturas mecânicas coisificadas e passam a ser compreendidos como sistemas intersubjetivos compostos por agentes conscientes, intencionais que se co-criam a si mesmos e a seu entorno numa permanente interação comunicativa e construção de significados. Ocorre uma mudança de foco das teorias clínicas do indivíduo para os sistemas humanos, do intrapsíquico para o inter-relacional (Goolishian & Anderson, 1996; Grandesso, 2000).

Trata-se de uma nova maneira de descrever, explicar, localizar e tratar os problemas. A investigação psicológica não pode mais assentar-se na observação neutra e fidedigna mas sim nas múltiplas e contextualizadas convenções da linguagem, com um amplo horizonte de possibilidades para as suas construções (Gergen, 1989, citado por Grandesso, 2000). O psicólogo passa a valorizar o singular contextualmente situado em vez das leis gerais; antes de procurar pelos fatos ele busca os significados; passa da posição de *expert* para facilitador e entra no sistema passando a fazer parte do mesmo. No lugar de intervir, ele co-participa do sistema terapêutico atuando para uma transformação co-evolucionária trabalhando com a imprevisibilidade uma vez que os sistemas produzem suas próprias mudanças (Grandesso, 2000).

Como desdobramentos dessas mudanças epistemológicas, tem-se a passagem das metáforas da “descoberta” para as da “co-construção”, fundamentadas no conceito de auto-referência e no foco sobre múltiplas perspectivas trazidas pelo questionamento circular, validando, de forma respeitosa, as múltiplas vozes. Os modelos teóricos evoluem com ênfase na construção dos significados e, daí, para os modelos dialógicos e as metáforas narrativas. Entende-se por “narrativa” a organização, por meio do discurso, termos, símbolos ou metáforas de um fluxo de experiência vivida, em uma seqüência temporal e significativa. A narrativa implica em uma história e um narrador e cada relato

corresponde a uma (re)criação de histórias que as pessoas vivem na práxis do viver (Grandesso, 2000).

Em uma perspectiva pós-moderna, portanto, o "self" passa a ser concebido como uma expressão da capacidade para a linguagem e a narração no sentido de que os seres humanos sempre contaram coisas entre si e escutaram o que os demais contavam e que a compreensão de si se dá a partir das narrações relatadas mutuamente. Assim, as pessoas são co-autoras de uma narrativa em permanente mudança que se transformam nelas próprias. Nesse sentido, as histórias não só conformam o significado que as pessoas atribuem a sua experiência, mas também determinam quais aspectos da experiência são selecionados para expressão. Desta forma, as histórias têm um efeito concreto para as pessoas, não só de organizar a compreensão de seu passado, mas também de modelar suas vidas, sua situação atual e seu futuro possível. (Goolishian & Anderson, 1996; Grandesso, 2000; Schnitman & Fulks, 1996).

Nesse contexto, Linde (1983, citado por Grandesso, 2000) aponta a necessidade de se ter histórias de vidas coerentes, aceitáveis e constantemente revisadas para que seja possível uma existência em um mundo social com um sentido de ser "bom" e "socialmente aceitável".

Segundo Gergen (1991, 1994, citado por Grandesso 2000), construindo narrativas ou histórias sobre suas vidas, ou as dos outros, as pessoas, em uma espécie de escolha seletiva dos acontecimentos da vida, dão sentido às suas experiências e constroem seu sentido de self. Assim, muitos acontecimentos, ações, pensamentos, sentimentos e intenções acabam não sendo capturados pelos relatos dominantes das pessoas. Uma imensa gama de experiências vividas fica de fora dos relatos dominantes, estes configuram uma imensa e fértil condição de possibilidades para a reconstrução de significados e do sentido de self, por meio da construção de narrativas alternativas.

Isso faz com que a natureza do "self" e da subjetividade se convertam em fenômenos intersubjetivos, produto das narrações das histórias através de uma rede de práticas sociais, dos diálogos, das conversações: *não somos mais que co-autores das identidades que construímos narrativamente. Somos sempre tantos selves, tantos si mesmos potenciais quanto aqueles que estão contidos nas conversações dos narradores criativos* (Goolishian & Anderson, 1996, p.195).

Com o abandono da perspectiva universal e essencialista de "self", de identidade, que passa a ser compreendido como fenômeno intersubjetivo através da metáfora do "self como processo", a terapia assume uma perspectiva de restauração e de apropriação de um lugar – o do sujeito em contexto – do qual se pode operar sobre as próprias circunstâncias na dissolução de problemas (Schnitman & Fulks, 1996).

A partir da compreensão dos sistemas humanos como geradores de significação, a terapia passa a ser entendida como prática social que oferece às famílias, casais, pessoas ou comunidades uma oportunidade para envolver-se ativamente na construção de sua própria realidade existencial. Trata-se de um processo que implica em responsabilidade e liberdade em que se promove a restauração de um circuito recursivo: apropriação – intenção – ação – reflexão existencial, para atuar competentemente sobre os dilemas problemáticos e à incerteza da novidade (Schnitman & Fulks, 1996).

Assim, na visão pós-moderna, a terapia é vista como auxílio para pessoas que sentem que não estão tendo "agenciação", que algo está acontecendo ou deixando de acontecer em suas vidas e que nada podem fazer a respeito por não se sentirem capazes de atuar em termos do que querem fazer. Nesse sentido, a terapia não busca solução do problema, mas o restabelecimento do sentido de agenciar, que é paralelo ao desenvolvimento de novas narrativas, e se a experiência terapêutica for vivida como exitosa, o que a pessoa experimenta então é uma sensação de liberdade, de que pode agir por si mesma (Goolishian & Anderson, 1996).

O sistema terapêutico passa a ser definido por todos os que estão envolvidos em conversação, em uma dinâmica relacional organizada, em torno dos significados compartilhados nos quais residem os problemas pelos quais as pessoas buscam ajuda. O psicólogo utiliza-se a si mesmo no sistema terapêutico com o fim de abrir novas possibilidades através da construção de um contexto conversacional para uma re-criação colaborativa que permita às pessoas interrogar-se, desafiar e desligar-se de histórias saturadas de problemas, deficitárias e trabalhar na geração e recuperação de narrativas alternativas experimentadas como libertadoras e transformadoras que lhes possibilitem a construção de um novo presente que seja mais tolerável, coerente e contínuo do que permitiam as narrações anteriores (Grandesso, 2000; Moré & Macedo, 2006; Schnitman e Fulks, 1996).

Grandesso (2000) aponta alguns critérios para a prática conversacional terapêutica, uma vez que não se trata de uma conversação trivial: as experiências devem ser reescritas em novos marcos de sentido, possibilitando a emergência de novos significados; deve propiciar um efeito transformador, não apenas das histórias, mas mudanças das próprias pessoas que as narram, com um sentido de autoria pessoal; deve haver a dissolução de problemas através de um processo – sem fim – de transformação pelo diálogo, onde ambos, psicólogo e cliente mudam, por se tratar de um processo bidirecional, uma investigação compartilhada, uma ação conjunta. O diálogo não pressupõe que os participantes concordem, através dele se dá a convivência com a diversidade de idéias, opiniões e sentimentos, pressupõe, portanto, como condição *sine qua non*, a alteridade, no sentido de aceitação legítima do outro.

Neste contexto conversacional terapêutico, Cecchin (1996) acrescenta a curiosidade como uma posição terapêutica que dá oportunidade para a construção de novas narrativas e formas de ação. White e Epston (1993) falam de histórias conhecidas e subordinadas e da importância de questionar o relato saturado para

abrir novas opções de diálogo sobre as dificuldades, ativando a mútua cooperação das pessoas envolvidas.

Vários autores ressaltam, ainda, a importância de uma “postura de não saber”, pois, se as perguntas partem de uma perspectiva de um saber prévio, ou seja, de teorias ou compreensões pessoais do profissional, tudo o que ele irá apreender serão suas próprias narrativas. Isso não significa que o psicólogo entra em uma relação terapêutica “vazio de idéias”, experiências ou construções privilegiadas, pois, assim como seus clientes, tem suas próprias versões da realidade e que o desafio da prática sistêmica conversacional é a negociação e a co-construção (Anderson & Goolishian, 1998; Cecchin, 1996; Schnitman e Fulks, 1996).

Isso implica na questão do uso de modelos teóricos e técnicas, no sentido de que o psicólogo não deve se fixar neles, mas deve possuir uma “sensibilidade pós-moderna” como provedor das condições e possibilidades terapêuticas que não podem ser pré-determinadas em virtude da validade de um modelo ou de sua superioridade teórica.

Como não se trabalha na elaboração de diagnósticos essencialistas e intervenções corretivas, as teorias e as técnicas do psicólogo se mostram úteis à medida que permitem que a conversação se abra para novos significados mais libertadores (Macedo 1998, citada por Grandesso, 2000). Ter uma teoria, nesse sentido, não quer dizer obedecer a uma teoria em particular, mas valer-se de referenciais significativos que ofereçam uma conexão com a experiência da família e o uso de técnicas deve servir para inclusão do outro e a abertura de possibilidades de boas conversações. Assim, o psicólogo organiza suas teorias e deriva práticas em um interjogo recursivo em que os problemas são vistos não como coisas a serem eliminadas, mas como dilemas resultantes da participação dos indivíduos, interativa e discursiva, em seus contextos sociais (Grandesso, 2000; Moré & Macedo, 2006).

Ao assumir um novo enfoque para compreender o comportamento humano por considerar o indivíduo, o “paciente identificado”, dentro de um contexto interacional e seus sintomas como produto das inter-relações do sistema, a atenção passa a ser voltada para a comunicação e o comportamento de todos os membros envolvidos no sistema, nos elos de recursividade entre os membros. Com isso, o psicólogo estende o território da terapia sistêmica, originalmente uma terapia de família como um sistema, para além dessas fronteiras, ao incluir o indivíduo, as comunidades e outras organizações sociais, envolvidas em uma trama significativa. Em função destas mudanças na definição do sistema terapêutico e nos contextos das práticas, autores sugerem que seja mais coerente se falar em práticas sistêmicas em vez de terapias sistêmicas (Aun el al, 2005; Grandesso, 2000).

Outra importante implicação da transição paradigmática na prática profissional diz respeito à passagem de uma ética normativa para uma ética das relações, da inclusão, da confirmação do outro como co-construtor do sistema terapêutico, tanto das pessoas envolvidas com a demanda, como de outros profissionais, que implica na necessidade de abertura para a interdisciplinaridade. Pois, na medida em que se considera o processo terapêutico como processo de co-construção, todos os envolvidos passam a ser responsáveis, portanto, eticamente implicados, sendo este o caminho para atingir a transdisciplinaridade. E a dita “neutralidade” passa a ser relacionada à capacidade do profissional de promover a participação de todas as pessoas envolvidas, dando voz às diferentes partes (Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006).

6. O PENSAMENTO SISTÊMICO COMO BASE DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA

6.1. UM PANORAMA ATUAL

A Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, se configura como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental na medida em que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e da territorialidade. A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação (Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Morais, 2005; Ferrioli, Marturano & Puntel, 2007; Franca & Viana, 2006; OMS, 2001).

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia da Saúde da Família torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante freqüente. As queixas são as mais variadas e para isso a equipe deve estar preparada para oferecer maior resolubilidade aos problemas destes usuários (Coimbra, Oliveira, Vila & Almeida, 2005).

Além disso, na medida em que se começa a perceber que os grandes fatores de morbi-mortalidade na sociedade atual estão ligados ao modo de vida das pessoas, há um enorme campo para o psicólogo que trabalha com essa dimensão. Cada vez mais a violência, o consumo de drogas e de álcool são problemas comportamentais ligados a questões sociais que não podem ser tratados exclusivamente do ponto de vista médico, mas a partir da atenção integral e interdisciplinar em que a Psicologia tem grande contribuição a oferecer (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2006).

Desde as primeiras incursões de psicólogos no sistema público de saúde discute-se a adequabilidade de seus padrões de atuação que, atualmente, redundam numa atenção curativa, individual e ineficiente (Dimenstein, 1998, 2000, 2001, 2003; Lima, 2005; Oliveira et al., 2005).

Assim como o modelo flexneriano predominou na formação e na prática médica, a psicologia também assumiu, por muito tempo, como paradigma hegemônico da profissão, um modelo curativo e assistencialista voltado para o setor dos atendimentos privados. Os cursos de graduação de psicologia tenderam claramente para formar um profissional que atualmente encontra dificuldade em superar as práticas cristalizadas e de adaptar-se às novas exigências de responsabilidade social, aos princípios da qualidade, da ética e da cidadania, postos especialmente pelo setor saúde. Em outras palavras, a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, inclusive de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS (Dimenstein, 2000, 2001, 2003; Lima, 2005).

No cenário atual, estamos vivendo um período de transição. Caminhando para uma efetiva vigilância da saúde, ainda se encontram, fortemente presentes, concepções e práticas do modelo tradicional. A mudança de modelo de atenção à saúde requer, do psicólogo, uma atuação interdisciplinar e práticas específicas da área mais eficiente no contexto da Atenção Básica. Contudo, de acordo com Dimenstein (2000, 2001, 2003), a entrada do psicólogo nas instituições públicas de saúde de forma geral parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua atuação. Ou seja, não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas suas formas tradicionais de atuar. Daí, sua dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social.

Vários autores apontam que durante muito tempo os cursos de psicologia formaram profissionais “apolíticos” e ressaltam a necessidade da formação de profissionais críticos e não somente técnicos. Falta, ainda, habilidade dos psicólogos para lidarem com temas como a fome, violência e outros problemas

sociais. O desenvolvimento de uma posição ética-política é uma das características necessárias para a sustentação do projeto do SUS e de uma atuação consistente na Estratégia de Saúde da Família (Benevides, 2005; Dimenstein, 1998, 2000, 2003; Lima, 2005; Oliveira et al, 2005; Romagnoli, 2006).

Como conseqüências da transposição do modelo de psicoterapia individual, modelo clínico hegemônico da atuação privada, de base psicanalítica para a prática da saúde pública, Dimenstein (2000, p.107) aponta: conflito com as representações de pessoa, saúde e doença, corpo, próprias aos usuários das instituições públicas de saúde; baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos; seleção e hierarquização da clientela e psicologização de problemas sociais. A modificação do modelo assistencial hegemônico implica, segundo a autora, em romper o corporativismo, as práticas isoladas e a identidade profissional hegemônica vinculada à do psicoterapeuta.

A respeito de fatores que dificultam o desenvolvimento de um trabalho psicológico de promoção da saúde, Bock (1993) também aponta aspectos do modelo tradicional de atuação e ressalta a inexistência de um projeto coletivo que dê corpo à profissão, uma profissão com grande potencial, capaz de contribuir para a transformação do indivíduo e da sociedade, mas que se apresenta pequena e sem projeto na sociedade em que se insere. A autora denuncia a “desmobilização” da categoria, que, infelizmente, por muito tempo, se mostrou como característica deste grupo de profissionais. Contudo, movimentos recentes da categoria apontam para uma mudança positiva nesse cenário.

O ano de 2006 teve particular importância nas discussões sobre a inserção da psicologia na área da saúde. Isso porque o Sistema Conselhos de Psicologia definiu esse ano como o ano da saúde e organizou vários espaços de discussão como: V Congresso Nacional de Psicologia; II Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão; Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, precedido por Fóruns regionais em várias localidades. Os principais pontos discutidos nestes espaços

foram: a formação e capacitação dos profissionais para trabalhar na saúde pública; o desencontro da formação do psicólogo com as políticas públicas de saúde; as avaliações das produções do profissional e a necessidade de um plano de carreira. As discussões nesses espaços mostraram que há divergências de posições entre a presença do psicólogo na equipe básica na Estratégia de Saúde da Família ou em equipes matriciais de referência. Para que o debate avance, é preciso que o mesmo seja embasado teórica e politicamente. Entre as propostas do I Fórum Regional de Psicologia e Saúde Pública, que foram também indicativos do V Congresso Nacional de Psicologia, destaca-se que deve ser observada a necessidade de divulgação das experiências concretas sobre a atuação do psicólogo no SUS e a necessidade de uma discussão sobre pressupostos epistemológicos e metodologias para a renovação de projetos e práticas (CFP, 2006; Conselho Regional de Psicologia-12ª Região [CRP12], 2007).

Também no ano de 2006 foi realizada a oficina “Trabalho do psicólogo com a família na saúde pública”, no I Encontro Regional Psicologia e Saúde Pública, da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP). Nesse encontro problematizou-se a formação do psicólogo para sustentar esse campo, enfocando o trabalho com famílias, criticando na formação dos psicólogos, a ênfase nos “especialismos”, a dificuldade de se trabalhar com grupos e o desconhecimento da realidade dessas famílias. Foram apontados, ainda, o desafio da transdisciplinaridade e a necessidade de desenvolvimento de discussões organizadas para que os psicólogos se insiram nesse campo e sejam capazes de práticas transformadoras e inventivas (Romagnoli, 2006).

De acordo com Trindade e Teixeira (2000a) caracterizar e contextualizar a intervenção psicológica na Atenção Básica é uma tarefa urgente e necessária, em função da integração relativamente recente dos psicólogos na carreira dos técnicos superiores de saúde e também porque, entre todas as questões relacionadas com a atuação do psicólogo em serviços de saúde, a atuação nos cuidados de saúde

primários se mostra prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde quer dos próprios psicólogos. Assim, torna-se urgente definir o papel do psicólogo nas equipes de cuidados de saúde primários.

Nas instituições públicas de saúde, a intervenção psicológica será mais efetiva quanto mais contextualizada, ou seja, definida a partir das características específicas de cada instituição e da população que procura seus serviços. Para isso, exige-se uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso social. A busca é de complementar e superar a formação acadêmica no sentido de uma necessária flexibilização e adequação das tecnologias de maneira efetiva para o desenvolvimento de práticas psicológicas condizentes com esse cenário de atuação para lidar com uma realidade desafiadora e complexa (Dimenstein, 2003, 2001, 2000; Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006).

6.2. PRÁTICAS SISTÊMICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

O pensamento sistêmico, como discutido anteriormente, trouxe uma implicação fundamental para a atuação do psicólogo: a mudança do foco do indivíduo para os sistemas humanos. Esta mudança de foco, segundo Grandesso (2000), representou uma mudança paradigmática à medida que passou a configurar um outro sistema de pressupostos para informar a concepção dos problemas humanos e práticas da psicologia. A grande virada, ao se enfatizar os problemas como sistêmicos, foi, segundo a autora, a ênfase nos contextos e na postulação de uma causalidade circular para os fenômenos, favorecendo a abertura do campo da psicoterapia para a interdisciplinaridade, ampliando as fronteiras para a compreensão da pessoa humana para além do psicológico.

Pensar sistemicamente implica, portanto, reconhecer o sujeito no seu contexto, não significa negar os fenômenos intrapsíquicos, mas sim, buscar compreender e trabalhar os fenômenos psíquicos de uma complexa rede de relações interpessoais. Para Moré e Macedo (2006) pensar sistemicamente

transcende a atuação profissional, enriquece e amplia a visão e a atuação como cidadãos, possibilitando a reflexão e o diálogo em torno dos problemas sociais e comunitários de modo mais abrangente e contextualizado.

No contexto da Atenção Básica, ao focalizar as relações entre os elementos do sistema, o profissional novo-paradigmático – que adotou o pensamento sistêmico enquanto epistemologia – leva em conta a trama intersistêmica buscando a redefinição do suposto problema. De um “problema do indivíduo” – do rótulo diagnóstico próprio dos modelos interpretativos, patologizantes – para a noção de “trama relacional” que atinge o sujeito, produzindo sofrimento, e na qual configura-se como um partícipe ativo. Assim, a prática sistêmica, na explicação do comportamento sintomático, difere radicalmente tanto do modelo médico como do modelo psicodinâmico. Em ambos, o sintoma está situado no indivíduo, seja por seu funcionamento biológico ou genético, seja pelo seu desenvolvimento intrapsíquico (Hoffman, 1981 citado por Grandesso 2000). Ao abordar o problema através de uma perspectiva inter-relacional, ele passa a ser considerado uma dificuldade que o grupo está vivendo, em um contexto conversacional.

Redefinido o problema, passa-se para o reconhecimento/ desenvolvimento de possíveis recursos para sua solução através de um encontro conversacional para o qual são chamadas as pessoas que estejam envolvidas e/ou preocupadas, e que, portanto, possam contribuir. Trata-se de um trabalho de reconhecimento da rede social comunitária significativa e compartilhamento de responsabilidades. No lugar de encaminhamentos precipitados, constitui-se em torno do problema um amplo sistema sem critérios de constituição pré-estabelecidos, mas co-construídos pelo profissional e os portadores do problema ou da demanda. Além disso, considerando que o sistema social é auto-organizador e que dispõe de poderosos recursos derivados dos vínculos afetivos-sociais entre seus membros, o profissional novo-paradigmático trabalha para mobilizar esses recursos e melhorar as

condições de autonomia do sistema (Esteves de Vasconcellos, 2005; Moré, 2005; Moré & Macedo, 2006).

Esse modelo de atuação, caracterizado pelo dialógico, é apresentado por Moré e Macedo (2006) como uma proposta de intervenção psicológica na comunidade a partir do trabalho desenvolvido pela primeira autora (Moré, 2000) em uma Unidade Local de Saúde. Nesta proposta, são construídos espaços conversacionais em que a linguagem compartilhada entre o psicólogo e as pessoas envolvidas configura o contexto para uma reconstrução de significados, em uma perspectiva transformadora e libertadora. Esse modelo, segundo Grandesso (2000), apóia-se no pressuposto de que as histórias saturadas de problemas (Sluzki, 1992, 1998; White, 1991, 1993; White & Epston, 1990) têm um papel subjulgador do *self*, à medida que tendem a ser histórias fixas e dominantes que restringem as possibilidades de organização da experiência e de desenvolvimento/reconhecimento de recursos que possam fazer frente às demandas evolutivas.

Sluzki (1997) ressalta que essas histórias dominantes, aliadas à vida submersa na pobreza e às ações estigmatizantes das instituições sociais sobre as pessoas, configuram-se, para as mesmas, em uma experiência de falta de controle sobre o meio, gerando o que Seligman (1975, citado por Sluzki, 1997) denominou de “desesperança aprendida”, e por conseqüência, falta de confiança em si mesmas. Neste contexto, o autor aponta que um dos inúmeros desafios de um enfoque sistêmico que inclua responsabilmente as variáveis de rede, sócio-econômicas e culturais do contexto consiste em *desenvolver histórias que incorporem a esperança, que gerem um feedback de autoria, que sublinhem as capacidades e a eficiência potencial daqueles que nos consultam* (p.65).

Assim, a atuação do psicólogo na Atenção Básica é direcionada para a compreensão dos problemas humanos, seja qual for sua índole, seja qual for seu contexto, situando-o numa nova dimensão de seu entendimento. A escuta

psicológica, nesta proposta, é considerada como uma estratégia para pensar seres humanos em contextos de forma que as ações sempre partem do contexto e são dirigidas para o contexto. O profissional de psicologia, neste cenário, desempenha um papel de mediador e catalisador das potencialidades e recursos, tanto das pessoas em si, como da comunidade, na satisfação das necessidades e melhora da qualidade de vida. O processo de intervenção é direcionado a como as pessoas interagem em tempo presente e não ao porque das ações, buscando tornar o conhecimento e a linguagem psicológica mais palpável e coerente com a realidade e as necessidades de saúde da clientela a ser atendida, permitindo assim, um trabalho psicológico de atenção à saúde mais efetivo e eficiente. Por efetivo e eficiente entende-se a possibilidade de gerar mudanças na linha da promoção da saúde, seja de uma família, de um grupo, de uma equipe ou de uma comunidade de um modo geral, buscando a melhoria da qualidade das relações e fazendo com que as pessoas se apropriem dos recursos familiares e comunitários, potencializando o desenvolvimento da autonomia e de redes solidárias (Moré, 2000,2005; Moré & Macedo, 2006).

Neste modelo terapêutico dialógico, as intervenções são co-construídas por múltiplas vozes (polifonia) formando um sistema que convive com as diferenças e a diversidade, e assim, pode assumir direções imprevisíveis. O profissional novo-paradigmático lida tranquilamente com esta imprevisibilidade, não se deixa paralisar frente à complexidade das situações e trabalha com o que se mostra possível (parte da família ou com a rede ou com a pessoa). Considerando que o importante é o contexto criado por todos os envolvidos, com o objetivo de encontrar uma resposta ou saída para o problema apresentado. O profissional assume o papel de catalisador das experiências, coordenando ações que levem à ampliação da situação apresentada, criem contextos de autonomia e favoreçam a mudança (Esteves de Vasconcellos, 2003, 2005; Moré, 2005; Moré & Macedo, 2006).

A atuação do profissional de Psicologia na Atenção Básica de Saúde requer, portanto, uma abordagem baseada no pensamento sistêmico para a compreensão e atenção integrais à saúde. Isso não significa, necessariamente, restringir a atuação às teorias sistêmicas, uma vez que se entende ser possível desenvolver atuações efetivas embasadas em diversas teorias. Sobretudo por entender que, como apontado anteriormente, de acordo com o pensamento sistêmico, o profissional utiliza-se de teorias e técnicas enquanto estratégias para ampliar olhares, abrir possibilidades de boas comunicações e incluir o outro no processo terapêutico conversacional.

O que se pretende ressaltar, portanto, é a importância da adoção do pensamento sistêmico enquanto epistemologia, por entender que uma visão segundo seus pressupostos fundamentais (complexidade, instabilidade, intersubjetividade) permite ao profissional compreender a complexidade do processo saúde-doença e refletir sobre a teoria adotada e sua atuação, flexibilizando e contextualizando sua prática. Ressalta-se, entretanto, que as teorias sistêmicas se mostram bastante úteis e efetivas por estarem embasadas nos pressupostos epistemológicos do pensamento sistêmico, permitindo um olhar e atuação contextualizados.

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano é um exemplo de teoria sistêmica que auxilia o profissional no exercício de manter uma visão ampla das situações, das pessoas e suas inter-relações nos diversos contextos. Segundo esta teoria o desenvolvimento humano se dá através de processos progressivamente mais complexos de interações recíprocas e ativas, desenvolvendo o organismo humano biopsicológico e as pessoas, objetos e símbolos no meio imediato. Desta forma, o desenvolvimento é compreendido como fenômeno complexo que se dá através da interação de quatro núcleos principais: os processos proximais; as características pessoais; o contexto e o tempo, denominado, "modelo PPCT" (Bronfenbrenner, 1999; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Os processos proximais dizem respeito às interações recíprocas e ativas com base regular e períodos prolongados no ambiente imediato. Estas interações promovem o desenvolvimento de ambos participantes e podem produzir efeitos positivos ou negativos no processo de desenvolvimento. A pessoa, na teoria Bioecológica, é entendida como produtora e produto do desenvolvimento, que apresenta características atuantes. O terceiro elemento da teoria, o contexto, é analisado em quatro níveis. O microsistema, onde ocorrem as interações face-a-face, o meio imediato (família, escola) onde operam os processos proximais. No mesossistema ocorrem inter-relações de microsistemas (família – escola). O exossistema diz respeito às inter-relações do(s) microsistema(s) da pessoa com outro microsistema do qual ela não participa, mas sofre influência (para a criança, por exemplo: escola – comunidade; família – local de trabalho dos pais). E o macrossistema que se refere aos modelos institucionais de cultura (economia; leis; políticas públicas; religião; costumes) que estabelecem padrões no micro, meso e exossistema. O quarto elemento da teoria, o tempo, chamado de “cronossistema” abrange as mudanças relacionadas ao tempo no indivíduo e no ambiente em que vive. São as mudanças no ciclo de vida individual e familiar. É dividido em: microtempo (continuidades/descontinuidades dentro dos episódios de processo proximal); mesotempo (periodicidade dos episódios de processo proximal) e macrotempo (transgeracionalidade e mudanças na sociedade) (Bronfenbrenner, 1999).

Esta breve apresentação da teoria permite visualizar a complexidade da mesma na compreensão do desenvolvimento humano como um processo que ocorre ao longo de toda a vida. O profissional pode utilizar-se desta teoria como instrumento para facilitar a compreensão da complexidade das situações e para planejar ações utilizando-se de recursos dos vários contextos envolvidos, viabilizando uma atenção integral. Acompanhamento psicoterapêutico individual e familiar são exemplos de atuação no microsistema; terapia de redes – inclusão de

pessoas significativas no sistema terapêutico, como vizinhos – é um exemplo de atuação no mesossistema; e desenvolvimento de controle social é um exemplo de atuação no macrosistema.

Outra teoria sistêmica que oferece estratégias de grande valor para o psicólogo na Atenção Básica é a Teoria da Comunicação, mais especificamente, os axiomas da Pragmática da Comunicação Humana (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1973).

Esta teoria ressalta a “impossibilidade de não comunicar”, ou seja, na interação, mensagens sempre são passadas e quando uma pessoa se aproxima de outra, esta pode aceitar, rejeitar ou desqualificar a comunicação. O psicólogo permanece atento a este axioma e utiliza-se de estratégias para inclusão do outro nos contextos conversacionais, confirmando, sempre, as pessoas em suas falas, como premissa básica do modelo terapêutico dialógico. Outros axiomas desta teoria chamam atenção para os níveis comunicacionais: verbal (digital) que diz respeito ao conteúdo da comunicação e o não verbal (analógico) que expressa o aspecto relacional. Atento à necessidade de coerência entre estes dois níveis para uma comunicação e estabelecimento de relações saudáveis, o psicólogo assume o papel de mediador, auxiliando as pessoas, tanto os usuários da ULS, como também a própria equipe de saúde, a estabelecerem uma comunicação satisfatória, prevenindo conflitos.

Neste contexto, Teixeira (2000b) ressalta que a comunicação de boa qualidade é uma importante parte dos cuidados de saúde e aponta como conseqüências de problemas na comunicação: a insatisfação dos usuários em relação à qualidade dos cuidados de saúde, aos comportamentos dos profissionais e a baixa adesão aos tratamentos. Na equipe de saúde, o psicólogo pode auxiliar na formação e treino de competências comunicacionais essenciais para a prática profissional (escuta ativa, assertividade, comunicação de más notícias) que sejam facilmente integráveis nos seus comportamentos profissionais de rotina.

6.3. UM MODELO DE ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR – AÇÕES POSSÍVEIS

Em 1998, o *Committee for the Advancement of Professional Practice Task Force on Primary Care* da Associação Psicológica Panamericana (APA, 1998, citada por Trindade, 2000) estabeleceu várias recomendações para a adaptação da intervenção psicológica aos cuidados de saúde primários, dentre elas:

- Os psicólogos podem e devem prestar vários serviços e desempenhar vários papéis, como: consulta psicológica, educação para a saúde, formação, investigação e desenvolvimento de parcerias comunitárias que apoiem a continuidade dos cuidados;
- Os psicólogos devem estar fisicamente próximos e acessíveis em relação à equipe de saúde e à comunidade;
- Os psicólogos podem ser consultores da equipe de saúde, desenvolvendo um trabalho em cooperação;
- Os psicólogos serão tanto melhor sucedidos quanto melhor forem capazes de adaptar os seus conhecimentos e competências ao contexto onde estão a trabalhar.

Estas quatro recomendações destacadas sintetizam uma boa caracterização da atuação do psicólogo na Atenção Básica. O primeiro e o último item dizem respeito à dimensão da atuação do psicólogo que se configura em uma prática de “clínica ampliada” (Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006), ou seja, uma prática clínica em espaços públicos não usuais, que vai onde o povo está, compreendendo seres humanos em seus contextos. Esta atuação requer do psicólogo estar preparado para trabalhar com pessoas em diferentes fases do ciclo de vida e com proveniências sociais e culturais muito diversas (Trindade, 2000).

O terceiro item traz um importante aspecto da atuação do psicólogo na Atenção Básica: o desenvolvimento de um trabalho em cooperação com os demais profissionais de saúde através de uma abordagem interdisciplinar em todos os

momentos de atuação. Esta modalidade de trabalho se mostra fundamental para a atenção integral à saúde da comunidade e só pode ser concretizada se o psicólogo, efetivamente, fizer parte da equipe de saúde, locado na Unidade Básica de Saúde – como indica o segundo item destacado das recomendações da APA.

Como integrante da equipe de saúde, o psicólogo atua desde o reconhecimento da comunidade em todo o território de abrangência da Unidade Local de Saúde (ULS) de forma que sejam levantadas, em um contexto conversacional com a comunidade, as suas necessidades e situações de saúde. A partir destas informações, o psicólogo e os demais profissionais desenvolvem um planejamento de ações de saúde que devem ser monitoradas e avaliadas periodicamente.

Segue-se a apresentação de algumas ações compartilhadas na equipe de saúde e ações específicas do psicólogo, descritas por Pedro, Böing, Reimann, Santos e Moré (2005) a partir do modelo de formação desenvolvido no Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/ Modalidade Residência da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC):

- Acolhimento na ULS: atividade de recepção das pessoas que procuram a ULS de forma a acolher suas necessidades e buscar encaminhamento para resolução dos problemas. O acolhimento também fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, amplia o acesso e organiza o serviço.

- Atendimento grupal: grupos de promoção e educação para a saúde (com gestantes, adolescentes, idosos, hipertensos, diabéticos).

- Encontros de discussão com as escolas e demais instituições públicas e comunitárias visando integrar as visões da equipe de saúde e as propostas dessas instituições com relação às famílias e sua inserção na comunidade (ações intersetoriais).

- Interconsulta interdisciplinar: momento em que o psicólogo atende o usuário em conjunto com outro profissional.

- Interconsulta psicológica: momento em que o psicólogo é solicitado por outros profissionais de saúde que buscam discutir casos clínicos ou situações cotidianas do trabalho em saúde. Tem como objetivo instrumentalizar o profissional para atuar e encaminhar, adequadamente, a situação em relação aos aspectos psicológicos envolvidos.

- Visita domiciliar com objetivo de prestar atendimento no domicílio, orientar e propiciar subsídios educativos para que os indivíduos, a família e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.

E com relação às ações específicas do psicólogo:

- Atendimento psicológico destinado ao grupo familiar, casais, crianças, adolescentes, adultos e idosos, realizado no ambulatório da ULS ou no domicílio, conforme necessidade. Tem o objetivo de possibilitar aos indivíduos o fortalecimento de seus recursos egóicos através da abordagem da Psicoterapia Breve, visando a busca de uma melhor qualidade de vida. Entende-se que esta abordagem se adapta bem ao contexto público comunitário, principalmente por trabalhar o foco e a queixa atual do indivíduo, propondo-se assim uma série de encontros que visam ampliar o processo de compreensão do problema e potencializar recursos.

- Atendimento e acompanhamento aos pacientes psiquiátricos na comunidade, constituindo-se em um mediador entre o paciente, as famílias e as instituições envolvidas no atendimento dos mesmos.

- Desenvolvimento de intervenção de rede, entendida como trabalho realizado com uma pessoa ou família, junto ao grupo de pessoas significativas das mesmas, visando instrumentar esta rede, tanto para acolher como para fornecer apoio específico para pessoas e/ou famílias em crise (Moré, 2005).

- Atendimento grupal em nível psicoterapêutico.

- Ações de promoção à saúde, desempenhando papel informativo e pedagógico.

- Atendimento de urgência psicológica que visa acolher problemas advindos de questões emocionais e que exijam atenção imediata. Caracteriza-se por fornecer alívio, orientação e apoio à pessoa em determinada situação, minimizando os efeitos desorganizadores da crise vivenciada e mediando a criação de habilidades adaptativas próprias de cada pessoa, na busca da solução de problemas.

- Mediação, com relação à equipe de saúde visando o trabalho interdisciplinar, no cotidiano do trabalho ou através da técnica de grupos operativos.

Frente a esta gama de possibilidades de atuação na Atenção Básica, segue algumas considerações a respeito de ações nas quais o psicólogo, pela sua especificidade, oferece especial contribuição, dentre elas: a escuta qualificada no acolhimento; o olhar voltado às singularidades dos indivíduos em contextos; às ações de promoção à saúde e desenvolvimento de autonomia; a reafirmação da importância da subjetividade no processo saúde-doença-cuidado; acolhimento de urgências psicológicas e a mediação, promovendo a integração entre os membros da equipe e desta com a comunidade (Bittencourt & Mateus, 2006; Franca & Viana, 2006; Lima, 2005).

No acolhimento na Unidade de Saúde, o psicólogo contribui com uma escuta qualificada para identificar as necessidades do usuário. Através da escuta ativa e do diálogo, o psicólogo co-constrói com o usuário a sua demanda. Neste processo, as demandas, que na sua maioria, de início, são por medicação e consultas médicas – em função da incorporação do modelo tradicional de atenção à saúde – são ressignificadas através de um olhar ampliado, possibilitando, gradualmente, a passagem para um modelo novo-paradigmático, da produção social da saúde, identificando saúde com condições e qualidade de vida. Ressignificada a demanda, outras necessidades podem ser percebidas pelos usuários, possibilitando a efetivação de estratégias de atenção condizentes ao modelo sistêmico (como os atendimentos grupais ou intervenções de rede na comunidade). Nesta atividade de

acolhimento, o psicólogo contribui diretamente para a humanização do atendimento na Unidade de Saúde.

Calatayud (1991) ressalta a promoção à saúde como atividade central da psicologia no campo da atenção primária. Para efetivação desta ação, o psicólogo deve, segundo este autor: ir até a comunidade e conhecê-la; elencar prioridades de ações pautadas nas informações advindas da comunidade; desenvolver um trabalho em equipe; avaliar os resultados a partir de critérios científicos de observação de resultados; utilizar-se de técnicas e procedimentos psicológicos com criatividade, contextualizando a intervenção e estimular a participação da comunidade, como identificadores de problemas, motivadores e multiplicadores. Para atuar no campo da promoção da saúde, o autor ressalta, ainda, a necessidade de motivação, desenvoltura e desenvolvimento de habilidade técnica.

Neste contexto, o psicólogo também desempenha um papel informativo, entendendo que ações de promoção à saúde relacionam-se ao acesso a informações. Recomenda-se que estas não sejam excessivas, e sejam compatíveis ao estilo cognitivo, crenças de saúde e nível cultural do usuário. Assim, a informação se torna personalizada e contextualizada (Moré & Macedo, 2006; Trindade & Teixeira, 2000b; Teixeira, 2000b).

Os atendimentos de urgência psicológica mostram-se fundamentais em uma Unidade de Saúde, sobretudo porque, de forma geral os profissionais de saúde “não psicólogos” apresentam dificuldades em lidar com pessoas em situações que caracterizam uma urgência psicológica, como: choro intenso; confusão; quadro de irritabilidade; sensação de perda de controle; manifestação de idéias suicidas. O psicólogo é um profissional preparado para lidar com tais situações e, além de realizar os atendimentos com os usuários, pode auxiliar a equipe, instrumentalizando os demais profissionais para o acolhimento de tais urgências.

Outra ação do psicólogo que merece destaque é o acompanhamento de pacientes psiquiátricos da comunidade. Teixeira (2000a) aponta que a saúde física

do doente psiquiátrico é, com frequência, negligenciada, em função de sua própria desatenção, mas, sobretudo pela atitude dos técnicos de saúde. Por um lado os técnicos de saúde mental que o acompanham no nível secundário de atenção tendem a focalizar as perturbações mentais e no seu controle, sem prestar atenção a saúde física e, por outro, os técnicos de saúde em geral – a quem o sujeito pode recorrer quando julga necessitar de cuidados físicos – tendem a atribuir mais facilmente as queixas à própria psicopatologia, em especial se estas são consideradas mal definidas ou atípicas.

Nesse contexto, o referido autor ressalta que a atuação do psicólogo na Atenção Básica junto ao paciente psiquiátrico se volta para a promoção da saúde e de estilo de vida mais saudável; para a prevenção de doenças, sobretudo porque, em função da variável psicopatologia, o sujeito está geralmente mais vulnerável a situações e comportamentos de risco à saúde; para a facilitação da comunicação do usuário e sua família com os demais técnicos de saúde e na resolução de problemas de adesão a tratamentos. Em suma, trata-se de identificar e atuar sobre as necessidades específicas de saúde de cada pessoa e sua família, possibilitando-lhes receber atenção integral. A atuação não é focada, portanto, no problema de saúde mental, para isso é que existem as equipes de saúde mental no nível secundário de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No cenário atual, existe uma evidente desarticulação entre os cuidados primários e os cuidados de saúde mental, e como conseqüência disto, as famílias e a comunidade se mostram despreparadas para receber os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. O despreparo e o desamparo destas famílias resultam muitas vezes em negligência para com os pacientes psiquiátricos, isolamento social e aumento do estigma.

O psicólogo na Atenção Básica é uma peça chave na rede de atenção para realizar essa mediação. Este profissional atua junto ao paciente psiquiátrico, sua família e pessoas significativas, buscando o reconhecimento e o desenvolvimento

de rede social e afetiva de apoio mediante intervenções de rede e ações intersetoriais. Este trabalho visa a preparação e o auxílio às famílias no acompanhamento do paciente psiquiátrico e a (re) inserção social do mesmo na comunidade, reduzindo a estigmatização.

O modelo descrito por Pedro et al (2005) assume todas as características de um trabalho desenvolvido pelo psicólogo no nível primário de atenção que pressupõe atuação na e com a comunidade e atenção integral através da abordagem interdisciplinar e ações intersetoriais. Para efetivação de um modelo como esse, torna-se evidente a necessidade do psicólogo, para atuar na Atenção Básica, estar locado na Unidade de Saúde e fazer parte da equipe de saúde da família.

7. RELATO DE UM ACOMPANHAMENTO

Segue uma breve descrição do acompanhamento de uma família por uma equipe de saúde em uma Unidade Local de Saúde (ULS) para ilustrar esta discussão. Faziam parte da equipe, profissionais de saúde de sete categorias: psicologia, enfermagem, serviço social, farmácia, nutrição, medicina e odontologia. Esta equipe era composta por residentes do Curso de Especialização em Saúde da Família (UFSC). Cabe ressaltar que se trata de uma situação específica e privilegiada para a referida Unidade de Saúde visto que em todas as demais ULS do município as equipes são formadas apenas por enfermeiro, médico e odontólogo, (considerando os profissionais de nível superior). Esta família foi acompanhada ao longo de dois anos – tempo de duração do curso de Residência. Foi um acompanhamento bastante próximo em função de uma situação familiar que incluía um membro com diagnóstico de psicose.

Para preservar a identidade das pessoas envolvidas, serão utilizados, neste relato, nomes fictícios.

7.1. SITUAÇÃO INICIAL

O acompanhamento teve início quando Maria fora atendida na ULS, no acolhimento, relatando queixa de náusea e atraso menstrual. Foi encaminhada à médica para que fosse feita a solicitação do exame de gravidez. Em conversa com esta profissional, Maria disse estar com problemas no trabalho e relatou idéias suicidas. Frente a esta situação, a médica solicitou uma interconsulta de urgência com a psicologia e com o serviço social.

Maria era casada há 8 anos, tinha três filhas (de 10 anos, do primeiro casamento, que morava com os avós maternos; e de 7 e 2 anos, do casamento atual). Residia na comunidade em um local considerado de grande risco em função da violência ligada ao tráfico de drogas.

Relatou que sua relação com o local de trabalho estava conturbada: sentia-se forçada a fazer serviços para os quais não possuía capacidade; direitos trabalhistas negados (sofreu acidente de trabalho e o empregador não quis aceitar atestado). Na noite anterior, Maria havia tomado 5 comprimidos de carbamazepina, tinha este medicamento em casa após ter-lhe sido prescrito, há algum tempo, na Emergência de um Hospital Geral, sem diagnóstico confirmado de epilepsia, quando fora atendida em função de um desmaio na rua.

Ainda na interconsulta de urgência, ao longo da conversa, evidenciou-se histórico de outras três tentativas de suicídio: enforcamento; "jogou-se na frente de um carro" e uso de objeto cortante. Devido ao risco, a psicóloga telefonou para Pedro, o marido de Maria, para que viesse à ULS, participar da consulta, de forma que o mesmo fosse incluído no sistema terapêutico que estava sendo constituído.

7.2. ENCAMINHAMENTOS INICIAIS

- Devido ao risco de suicídio, em conversa separada com o marido, foram feitas orientações de prevenção.

- Desde a consulta de urgência Maria passou a ser acompanhada, semanalmente.

7.3. UM POUCO DA HISTÓRIA DE MARIA

A história de vida de Maria mostrou-se fortemente caracterizadas por perdas e culpas ao longo de sua trajetória.

- Foi **abandonada pela mãe biológica** que, segundo Maria, *“matava as meninas de fome e só cuidava dos meninos”*. Tinha uma **irmã gêmea que morreu** quando bebê. Foi **adotada aos 3 meses** de idade. *“Os médicos achavam que eu não ia sobreviver, que morreria como a minha irmã”*.

- Quando criança, seus pais adotivos, que não podiam ter filhos, adotaram um menino. *“Lembro que fiquei com muita raiva. **Sempre apanhei muito por causa dele**”*. Conta que sempre teve um relacionamento mais próximo com o pai adotivo, com a mãe, não se dava bem, apanhava muito.

- O **pai biológico** fazia-se presente, lembra-se que ele ia vê-la quase todos os dias e levava-lhe doces; era **carinhoso** e dizia que nunca iria deixá-la. Este **foi morto** pela polícia quando Maria tinha **3 anos de idade**.

- Quando Maria tinha aproximadamente 16 anos, uma **amiga** da mesma idade, considerada irmã, **cometeu suicídio por causa de uma gravidez** não aceita pelos pais. Maria ficou com uma carta desta amiga e **foi acusada** pela morte da amiga. Não lhe deixaram acompanhar o velório e enterro.

- Ainda na adolescência, lembra-se que, por vezes, teve **alucinações** auditivas e visuais: ouvia uma voz chamando seu nome, sempre 3 vezes; em uma ocasião, quando a voz veio da janela de seu quarto, viu uma pessoa de preto, encapuzada, segurando uma foice.

- Aos 19 anos, Maria **engravidou**. Ao pegar o resultado, saiu correndo e jogou-se na frente de um carro. **Queria se matar**, pois sabia que os pais não

aceitariam. No momento em que correu para se jogar **disse ter visto aquela pessoa de capuz preto estendendo os braços, chamando-a.**

- Tinha um noivo, este não quis mais casar com ela, e pouco tempo depois ela aceitou se casar com outro, segundo ela, numa atitude impulsiva de vingança. Queria desistir do casamento em cima da hora e não teve mais como fazê-lo.

- Sofria **violência física do marido** e separou-se. Mudou de cidade para livrar-se do ex-marido e trabalhar para mandar dinheiro para a mãe. A filha de Maria teve que ficar sob os cuidados dos avós maternos.

- Ao chegar na cidade em que reside atualmente conheceu o atual marido. Ele a ajudou financeiramente. Ficaram juntos. Logo engravidou e sofreu muito com a desconfiança de Pedro e da família dele, que achavam que ela estava grávida do ex-marido. Esta **segunda gravidez foi rejeitada por todos.**

- Maria relatou **tentativa de aborto** através de uma injeção que uma amiga, que trabalhava numa farmácia lhe ofereceu. Nesta época, iniciaram-se os **desmaios constantes** de Maria. Ela caía, segundo o marido, debatia-se muito, batia fortemente a cabeça no chão, era muito difícil contê-la.

- Nesta época, Maria relatou que teve uma **“forte experiência espiritual”** na casa de uma cunhada espírita. Que a levou, posteriormente ao **Centro Espírita**. Maria ficou assustada e não quis mais freqüentar este centro. Desesperados, Maria e Pedro, influenciados por outras pessoas, procuraram a **UMBANDA**. Todo o dinheiro que recebiam ficava neste “centro”; Maria fez um **PACTO** e **ofereceu sua vida** em troca de não mais trazer preocupações e sofrimento a sua família; Maria estava num ritual para entrar definitivamente para a ceita quando seu marido chegou e tirou-a de lá. Quando saiu, falaram-lhe que “o filho sempre volta” que ela iria rodar muito, ter muito sofrimento e retornaria rastejando-se.

- Nesta época, Maria teve outras duas tentativas de suicídio: enforcamento, socorreram-na já inconsciente, e tentou cortar-se com faca, foi contida.

- A terceira gravidez, segundo Maria, foi mais tranqüila, foi aceita pela família e desejada pelo marido. Importante ressaltar que na ocasião da terceira gravidez, Maria relatou que já estava com encaminhamento pronto para realização da **laqueadura**, mas, segundo ela, o pedido foi-lhe negado no momento do parto. Maria relatou que não se sentia em condições psicológicas de ter filhos, pois na situação em que se encontrava, temia fazer algo contra um filho e “jamais se perdoaria por isso”. **Sentia-se culpada por rejeitar esta gravidez e mostrava-se preocupada com o efeito da medicação que vinha tomando, tinha consciência de que poderia ter prejudicado o bebê.**

- Maria ainda sofria muito pelas influências das experiências que teve no centro de Umbanda, tinha muitas “crises” quando recebeu ajuda de um **padre**. Relata que ficou muito bem com a ajuda dele. Pediu para trabalhar na igreja para que pudesse ficar perto dele (que se tornou para ela uma “**figura protetora**”). A assistente social da Igreja intercedeu para que ela viesse a trabalhar na Igreja, pois anteriormente Maria trabalhara na casa desta profissional. Foi então que ela e o marido passaram a trabalhar na igreja.

- Dificuldades e conflitos na relação patrão-empregada fizeram com que se “quebrasse” a proteção representada na figura do padre e Maria voltou a apresentar os mesmos problemas, julgados por ela como espirituais, de forma intensificada.

- Somada a situação no seu trabalho, a notícia de quarta gravidez fez com que Maria voltasse a manifestar idéias suicidas e buscasse ajuda na ULS.

7.4. (DES)ENCAMINHAMENTOS AO LONGO DO ACOMPANHAMENTO

- Em discussão do caso com toda a equipe de saúde, referiu-se a necessidade de encaminhar Maria ao ambulatório de pré-natal de alto-risco de uma Maternidade de referência da cidade, para acompanhamento conjunto (Maternidade – ULS) em função do uso abusivo de medicações, solicitando

também, avaliação psiquiátrica quanto à necessidade/possibilidade de tratamento medicamentoso. O encaminhamento para esta Maternidade se deu através de uma carta direcionada ao profissional que atenderia Maria, que trazia um breve relato do acompanhamento que vinha sendo realizado e as solicitações. A carta foi lida para Maria para que a mesma autorizasse o seu conteúdo. Uma vez de acordo, ela própria levou-a para entregar ao profissional.

- O atendimento de Maria na referida Maternidade e os acontecimentos que se seguiram foram o “retrato cruel” do despreparo de alguns profissionais de saúde em lidar com casos psiquiátricos – mesmo em se tratando de um serviço de referência em gestação de alto-risco. Naquela consulta (de pré-natal!) Maria foi levada, acompanhada por um profissional, para um hospital psiquiátrico, sob pretexto de ir apenas para realizar uma consulta psiquiátrica. Foi internada sem consentimento da família ou dela própria! No dia seguinte à internação, Pedro foi ao hospital psiquiátrico e após assinar termo de responsabilidade, levou-a para a casa dos pais dela, pois ele precisava trabalhar e tivera sido alertado na Unidade Local de Saúde de que Maria não poderia ficar sozinha em casa. Maria relatou ter presenciado inúmeras cenas de violência no tratamento dos funcionários do Hospital Psiquiátrico para com os pacientes e comportamentos violentos das pacientes. Demonstrou ter ficado bastante perturbada com a experiência desta internação, teve alucinações na casa dos pais, Pedro relatou que ela foi encontrada dentro do roupeiro com medo de que “tinham vindo buscá-la” (os funcionários do Hospital Psiquiátrico). Em atendimento posterior na ULS, Maria relatou que sentia que estava melhorando e que a internação tinha “acabado com tudo”, não queria mais lutar pela vida, estava desistindo.

A grande ironia deste encaminhamento desastroso é que a equipe de saúde da ULS optou por solicitar avaliação psiquiátrica na Maternidade e não no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município – mesmo cientes de ser, este último, a referência em saúde mental – por considerar importante que o acompanhamento

psiquiátrico fosse integrado ao pré-natal, julgou-se ainda que, como serviço de referência para gestação de alto-risco, aquela instituição fosse mais apropriada para fazer acompanhamento psiquiátrico de uma **gestante**.

- Após o ocorrido, a psicóloga entrou em contato, pessoalmente, com o psiquiatra do CAPS, deixando-o a par da situação. Por solicitação de Maria, a psicóloga acompanhou-a e a seu marido, às primeiras consultas psiquiátrica no CAPS.

- Em alguns momentos pontuais ao longo do acompanhamento, quando a rede de apoio se mostrava insuficiente, sentiu-se a necessidade de internação para conter períodos de crise, ou seja, quando se fazia necessária a administração e controle da medicação e para aliviar a família da responsabilidade de assumir o risco, aumentado, de suicídio, inclusive, o risco para as crianças frente a um possível surto psicótico de Maria. Nesses momentos de indicação para internação (em outro hospital psiquiátrico), acordada entre a psicóloga da ULS, psiquiatra do CAPS, a própria Maria e sua família, apesar de constantes tentativas da família e dos profissionais, não se conseguiu vaga.

7.5. UM PANORAMA GERAL DO ACOMPANHAMENTO

O plano terapêutico desta família foi constantemente discutido entre os profissionais envolvidos no acompanhamento e planejado conforme as necessidades da situação em que se encontrava Maria e seus familiares. A psicóloga foi a figura de referência com atuação constante ao longo de todo o acompanhamento, em alguns períodos com consultas e visitas domiciliares semanais, outras quinzenais.

O acompanhamento era direcionado, em grande parte, para a reconhecimento e desenvolvimento de rede de apoio para a família. Foram feitas reuniões com familiares e vizinhos para conversar sobre o quadro de saúde de Maria e as dificuldades que a família vinha enfrentando, de forma que houvesse

um entendimento coletivo da situação e das necessidades da família e assim, foram feitos acordos e distribuição de responsabilidades, conforme a disponibilidade de cada um. Pedro era responsável pela medicação de Maria, mantinha-a escondida e administrava conforme prescrição do psiquiatra. Pedro trabalhava no período da noite e fazia bicos durante o dia, assim, algumas pessoas ficaram responsáveis em fazer companhia para Maria, ajudando-a, nas tarefas de casa e no cuidado para com as crianças. A vigilância era maior ou menor em função do estado de Maria. Os atendimentos psicológicos também assumiram caráter pedagógico e de apoio no sentido de auxiliar Maria a reconhecer sinais e sintomas que prediziam quadros de intensa irritabilidade e por vezes, de surtos psicóticos com intuito de desenvolver estratégias de autocontrole. Assim, ela própria passou a reconhecer os momentos em que precisava de companhia e buscar ajuda das pessoas da rede constituída.

Embora se mantivesse o foco de trabalhar com toda a família, foram dispensadas atenções especiais para diferentes membros, conforme necessidade. Como exemplo, atendimentos individuais com a filha de sete anos que, em um determinado período, manifestou sintomas depressivos e medo intenso; e atendimentos individuais de apoio à Pedro, pela sobrecarga do cuidado que dispensava à Maria.

O foco do acompanhamento psicológico nunca foi “a psicose”, mas sim, Maria e sua família, sendo o trabalho voltado para os recursos pessoais saudáveis (como capacidade de estabelecimento de vínculo preservada) e da rede social-afetiva de apoio para lidar com as dificuldades do dia-a-dia, inclusive as advindas do quadro de psicose.

Os atendimentos psicológicos também não tinham objetivos psicoterapêuticos, no sentido de se trabalhar com a história de vida e elaboração de conflitos emocionais passados, por vários motivos. Em primeiro lugar, julga-se mais adequado, pelas características das demandas da comunidade e do serviço,

que os atendimentos psicológicos na Atenção Básica tenham foco direcionado ao tempo presente, às dificuldades atuais do indivíduo e da sua família, visando ampliar o processo de compreensão das mesmas e catalisação de recursos de enfrentamento. A história de vida, inevitavelmente, surge nesse processo, mas o foco se mantém no sentido de trabalhar o “como as histórias de vida repercutem no momento presente”, associando-as, portanto ao contexto atual. Além disso, Maria não dispunha, naquele momento, de recursos pessoais suficientes para uma psicoterapia, em função do quadro psicótico com grandes dificuldades com relação ao tratamento medicamentoso, em um período de sensibilidade aumentada devido à gravidez e puerpério. Neste contexto, a psicoterapia se torna perigosa, e deve-se ter cautela em todas as intervenções, Mackinnon & Michels (1981) ressaltam o risco de o stress da terapia “empurrar” o paciente para a psicose.

Conforme a necessidade, os demais profissionais de saúde se faziam mais ou menos presentes no acompanhamento, em ações articuladas pela psicóloga. De forma geral, o trabalho interdisciplinar e intersetorial constituiu-se da seguinte forma:

- Psicóloga e assistente social: mediação com o local de trabalho de Maria e de Pedro; encaminhamento do afastamento do trabalho de Maria; auxílio na negociação de dívidas da família com companhia de luz; e posteriormente, um (árduo) trabalho, com intervenções em creches e no Conselho Tutelar, para que a família obtivesse uma vaga em uma creche para o bebê, para que Maria pudesse realizar acompanhamento das oficinas operativas no CAPS.

- Psicóloga e farmacêutica: algumas interconsultas com a família para esclarecimentos e orientações com relação ao tratamento medicamentoso, e suporte técnico da farmacêutica para toda a equipe ao longo de todo o acompanhamento.

- Psicóloga e enfermeira: acompanhamento clínico de pré-natal, puerpério e puericultura. Em função de sucessivas faltas de Maria às consultas na ULS, por dificuldades diversas, a maior parte deste acompanhamento foi realizado através e visitas domiciliares.

- É importante colocar a atuação da medicina, neste caso em particular, porque se mostra como reflexo da desarticulação que comumente ocorre entre a Atenção Básica e os Serviços de Atenção Secundária, como o CAPS. O acompanhamento da medicina, na ULS, se restringiu a algumas poucas consultas de pré-natal, nas quais raramente era abordada a questão do tratamento medicamentoso, não havia, portanto, intercâmbio médico da ULS – psiquiatra do CAPS. Como Maria tinha dificuldades em se fazer presente para as consultas agendadas, e a agenda médica – pela exigência de produtividade – era sobrecarregada, a médica não estava disponível para atender Maria nos horários em que ela se fazia presente. Frente a isso, a enfermeira assumiu a maior parte do acompanhamento pré-natal, que, com maior flexibilidade na agenda, associava consultas de puericultura (da filha de 2 anos) com as de pré-natal, além disso, o acompanhamento era realizado através de visitas domiciliares periódicas com a psicóloga.

- A nutricionista e o dentista também fizeram intervenções pontuais com a família, de acordo com a necessidade.

- Havia um intercâmbio constante entre a psicóloga e o psiquiatra do CAPS. A psicóloga cumpria o papel de contextualizar a situação vivida por Maria e sua família e o acompanhamento interdisciplinar da equipe da ULS. Esse intercâmbio também facilitou à adesão de Maria ao acompanhamento no CAPS, em função do vínculo inicial estabelecido com a psicóloga. A partir deste caso, configurou-se uma importante rede de apoio mútuo profissional ULS-CAPS.

- Psicóloga e agente comunitária de saúde: a agente comunitária também participava da rede de cuidados. Para isso, foram feitas conversas de

esclarecimento sobre o quadro de saúde de Maria e a situação da família (preservando o sigilo) para que a agente tivesse uma compreensão mais contextualizada e empática da família. A agente comunitária se mostrou um importante elo entre a família e a ULS, desempenhando também, função de apoio para a família no cotidiano.

Assim, o sistema terapêutico foi constituído pela família; pessoas da rede significativa, como familiares e vizinhos; e da rede social e institucional de apoio, sendo as principais: equipe de saúde da ULS, CAPS, local de trabalho de Maria e Pedro, INSS, creche, Conselho Tutelar, Maternidade.

7.6. FINALIZANDO O ACOMPANHAMENTO

Nos últimos meses, com uso controlado da medicação e acompanhamento de Maria no CAPS sendo realizado de forma efetiva (oficinas operativas), estabelecemos um acompanhamento domiciliar mais espaçado da psicologia e enfermagem associado a algumas consultas agendadas na ULS. Neste momento, o acompanhamento tinha por objetivo trabalhar questões familiares, como: desenvolvimento e fortalecimento de rede de apoio; auxiliar e fortalecer os pais no cuidado com as crianças; dificuldades no relacionamento familiar, dentre outros. As consultas na ULS eram de puericultura ou eventuais consultas de urgência quando a família nos procurava.

7.7. AVALIAÇÃO

Acompanhamentos como este evidenciam a importância da atenção básica que verdadeiramente faz seu papel de acolher, acompanhar, referenciar e mediar as relações entre o paciente, sua família e as instituições envolvidas no cuidado.

Maria, que no início se mostrava bastante fragilizada e emocionalmente regredida em função do quadro de saúde, desenvolveu uma incrível capacidade de cuidar das filhas, embora necessitando de ajuda e vigilância em alguns momentos. Um acontecimento se mostrou bastante significativo como representação do

amadurecimento emocional de Maria ao longo do acompanhamento, quando deu de presente para a psicóloga uma vela produzida por ela na oficina do CAPS. Mais do que um reflexo do vínculo estabelecido, essa atitude mostrou que Maria (de início, regredida emocionalmente, sentindo-se incapaz) passou a sentir e demonstrar capacidade de produzir algo e oferecer a alguém. No período final do acompanhamento, Maria estava desempenhando papel de cuidadora de sua mãe, que havia sofrido um acidente vascular cerebral com seqüelas de perda de visão.

Para a família, além dos ganhos cotidianos de enfrentamento e resolução de dificuldades, ressalta-se a melhora na autonomia. No início, e em alguns períodos de maior risco, a equipe de saúde era mais ativa no acompanhamento. Com o passar do tempo, a própria família é que buscava ajuda na ULS quando julgava necessário, e as solicitações foram diminuindo gradativamente.

Para os profissionais, vivenciar esta forma de acompanhamento proporciona um grande crescimento, pois exige habilidade técnica e desenvoltura para lidar com o risco eminente e experienciar, de forma imprevista, sentimentos de gratificação e frustração.

Uma grande dificuldade no acompanhamento de pacientes psiquiátricos se relaciona ao respaldo deficiente das referências que leva os profissionais (comprometidos) da atenção básica a assumirem uma responsabilidade maior do que realmente lhes cabe. No caso descrito, a equipe pôde contar com apoio do CAPS, mas quando os recursos da família e da rede de apoio construída não se mostraram suficientemente seguros e, em algum momento, fez-se necessária a internação psiquiátrica, não houve respaldo por parte das instituições.

Como um valioso recurso, ressalta-se a equipe interdisciplinar de saúde que se constitui uma rede de apoio para os próprios profissionais, apoio técnico e emocional no acompanhamento das famílias na comunidade.

Este caso é um exemplo de que o acompanhamento de pacientes psiquiátricos e suas famílias deve ser contínuo, com proximidade maior ou menor

da equipe de saúde, de acordo com o a situação apresentada, de forma interdisciplinar e com ações intersetoriais. Sempre com foco na família, seu contexto e eventos vivenciados: do ciclo de vida normativo, como nascimento de um bebê; ou não esperados, como doença ou desemprego.

7.8. O ENCERRAMENTO DO ACOMPANHAMENTO

No final do segundo ano de acompanhamento, iniciou-se a preparação para o encerramento, visto que o curso de Residência estava no fim e a equipe responsável pelo acompanhamento sairia da ULS. Foram feitas várias tentativas de agendamento de consultas na ULS e visitas domiciliares – de uma a duas marcações semanais – todas foram desmarcadas por Maria, por telefone ou recados através da agente comunitária de saúde. Havia uma notória dificuldade de Maria com relação ao encerramento do acompanhamento, o que deixou a equipe apreensiva e instigada a pensar uma forma de realizar ao menos um encontro que cumprisse com o objetivo de marcar o fim de um acompanhamento sob os moldes como vinha sendo feito e pelos profissionais que vinham realizando-o (um fechamento, uma avaliação e uma despedida) e visualizar com a família os recursos e o acompanhamento que se manteriam.

Na última semana de trabalho na ULS, a psicóloga enviou um bilhete para Maria através da ACS onde dizia que os trabalhos estavam sendo encerrados na unidade, mas que ainda existia a possibilidade de uma visita domiciliar, que a equipe gostaria muito de poder fazer um fechamento do acompanhamento e se despedir dela e de sua família. Colocando a data e o horário disponíveis e solicitando a sua confirmação através da ACS.

Maria confirmou o agendamento e foi então realizada, pela psicóloga e enfermeira, a visita domiciliar para encerramento do acompanhamento.

Para finalizar, segue alguns trechos do relato desta visita que evidenciam o significado que o acompanhamento teve para Maria e sua família (para preservar a

originalidade do relato, e a representação da intimidade da conversa, as falas foram mantidas em primeira pessoa).

Ao longo da conversa, Maria se emocionou, dizendo que seria muito difícil para ela e sua família a saída da equipe da Unidade de Saúde. Pontuamos que foi um acompanhamento de bastante tempo, que nos relacionamos durante todo esse tempo e assim era difícil para nós também essa despedida. Mas que era importante que acontecesse, que às vezes preferimos, de certa forma, fugir de alguma coisa que é difícil fazer, mas não ficamos tranquilos porque falta algo, às vezes algo para se dizer ou para perguntar. *“Um dos motivos que nos trouxe aqui hoje foi para que tivéssemos uma oportunidade de falar sobre esse relacionamento que tivemos e que foi tão importante para nós, que aprendemos muito com vocês, e como você falou, foi importante pra vocês também”.*

(Maria) *“O que eu quero falar é que eu tenho muito a agradecer e desejar que vocês continuem ajudando as pessoas, porque é muito importante. Nossa! O quanto vocês me ajudaram, e ajudaram minha família também, às vezes uma palavra, num momento, tira a pessoa de dentro do poço, salva uma vida. Eu acho que já teria me matado, vocês me ajudaram a amar mais as minhas filhas, se não fiz, foi por causa delas. Nossa! Hoje eu vejo o bebê e penso em tudo o que eu passei e hoje ela tá enorme e tão bem, e foi com a ajuda de vocês. Em tantos momentos difíceis, se não fosse a ajuda de vocês, não sei. Aquela vez aqui em casa que eu passei mal (um surto psicótico) você tava aqui e várias outras vezes. Até quero pedir desculpa se fiz ou falei alguma coisa, não sei.”*

(Psicóloga) *“Se o bebê está tão bem é por vocês cuidarem muito bem dela”.*

(Enfermeira) *“Uma criança tem um potencial pra se desenvolver, mas se não for estimulada e bem cuidada ela não se desenvolve bem. Uma das coisas que sempre observamos, e já falamos pra você outras vezes, é o cuidado que você tem com as crianças. Todas as consultas que você desmarcou no posto de saúde foram consultas tuas, mas em todas as consultas das crianças você estava lá. Mesmo enfrentando*

dificuldades você sempre cuidou muito bem das tuas filhas, é só olhar pra elas e a gente vê isso”

(Maria) “Eu lembro sempre de vocês duas na Maternidade, foi a primeira vez que alguém me visitou na Maternidade. De todas as vezes que eu ganhei neném, foi a minha primeira visita... nunca, ninguém foi me ver, nem minha mãe, sempre foi só eu e o Pedro, e vocês estavam lá comigo, eu tenho a foto e vou mostrar pra minha filha e dizer o quanto vocês ajudaram, que vocês foram lá. Vou mostrar pra ela, mas eu nem preciso de foto, vou lembrar sempre, na pele”.

(Psicóloga) “Lembra quando a gente conversou que podemos fazer as coisas serem diferentes?”

(Maria) “Foi da primeira vez que conversamos, eu não queria a gravidez por tudo o que eu tinha passado na segunda gravidez e você disse que dessa vez podia ser diferente, e foi mesmo, graças a vocês, foi uma bênção eu ter caído lá no posto, vocês são meus anjos, se não fosse vocês, nem sei”.

Pontuamos que se nossa relação existiu, e foi tão importante e produtiva para nós e para eles, foi por um movimento dela de pedir ajuda e pela vontade dela e da família de manter o acompanhamento, “não fomos nós que viemos até aqui, mas foi você que foi ao posto de saúde e foi assim que o acompanhamento começou, isso faz a gente pensar nas possibilidades que criamos na nossa vida. Com essa experiência podemos pensar pra frente, que outras relações você pode buscar que sejam importantes e produtivas como foi a nossa... Um exemplo é o que você nos contou da tua vizinha, que por muito tempo você ficou fechada em casa e quando, essa semana se encontrou com ela, ela disse que sentia falta de te ver como antes e te convidou pra fazer tua unha pra vocês conversarem. Você foi e disse que foi bom. Às vezes nos fechamos e ficamos no nosso canto e perdemos a oportunidade de resgatar bons relacionamentos ou fazer novos amigos. E até achamos que fomos deixados de lado, mas foi a gente que se isolou e fechou a porta. Só o fato de você

sair um pouco, como aconteceu, já nos dá a oportunidade de ter bons relacionamentos com as pessoas, e isso nos faz muito bem”.

Pontuamos quais eram os profissionais que se manteriam como referência na ULS para Maria e sua família, além de todos os demais integrantes da rede de cuidado constituída (em especial, familiares, vizinhos e profissionais do CAPS).

Ao final da visita, Maria disse que sentiria muito nossa falta, que temos nela uma amiga com quem sempre poderemos contar. Que espera que possamos ainda nos falar, que sabemos onde ela mora e a casa estará sempre aberta e temos também seu telefone. Disse que Pedro queria chegar a tempo para se despedir de nós, que ele queria agradecer pessoalmente, mas pediu, se não chegasse, para deixar um grande abraço de agradecimento. Disse ainda que iria ficar “um furo” grande no posto, para ela e para todos os que acompanhamos, mas que fica feliz em saber que ajudaremos outras pessoas em outro lugar.

Dissemos a Maria que tínhamos muito a agradecer a ela e a sua família, que eles nos deram a oportunidade de aprender muito e o que tínhamos aprendido com eles foi muito importante inclusive, como ela colocou, para ajudarmos outras pessoas onde iremos trabalhar.

Após os abraços de despedida, a agente comunitária de saúde abraçou Maria e disse: *“elas vão, mas nós continuamos”.*

III - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após esta reflexão, seguindo o percurso da evolução dos conceitos e práticas de saúde à luz da transição paradigmática da ciência e das implicações do pensamento sistêmico para a psicologia e para a atuação do psicólogo na atenção básica, evidencia-se a incoerência das políticas públicas de saúde mental serem conduzidas de forma paralela – sem articulação – em relação às políticas públicas de saúde.

A partir do momento que as leis que regem o Sistema Único de Saúde adotam um conceito de saúde positivo e ampliado e apresentam como um de seus princípios fundamentais a integralidade da atenção – para abarcar a complexidade do processo saúde-doença – o termo “saúde mental” perde seu sentido. Pois a saúde mental deve ser acolhida no âmbito da saúde de modo geral, sem, no entanto, negligenciar sua importância e a qualidade na sua assistência, em todos os níveis de atenção. Ou seja, deve ser acolhida a partir da integração da assistência em todos os níveis e da intersetorialidade. Para cuidar da saúde de forma integral, portanto, torna-se imprescindível, que no primeiro nível de atenção, haja equipes verdadeiramente interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais. O psicólogo, enquanto integrante da equipe de saúde da família, auxilia na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade, através das inúmeras contribuições apresentadas e discutidas neste trabalho.

O grande equívoco das discussões atuais a respeito do modelo de “equipes matriciais” e dos “NASF” – nos quais o psicólogo vem sendo incluído, que têm a função primordial de apoio às equipes de saúde da família – está em não perceber que estes modelos, embora teoricamente caracterizados como “atenção básica”, representam uma atuação circunscrita apenas ao nível secundário. Se o psicólogo não está em contato direto com a comunidade e realiza atendimentos mediante encaminhamento de outros profissionais de saúde e presta “assessoria” aos profissionais da equipe mínima da EFS, trata-se de um trabalho característico às especialidades, configurando-se em atuação de nível secundário. Nesse sentido, ressalta-se que a configuração das políticas públicas de saúde, em si, não favorecem a efetivação de uma atuação do psicólogo condizente às demandas da atenção básica.

Cabe ressaltar ainda, a necessidade da presença do profissional de psicologia nos três níveis de atenção, assim como os enfermeiros e médicos, existe o clínico

geral na Unidade de Saúde e os especialistas nos hospitais e demais instituições de nível secundário e terciário, todos com papéis definidos. Nesse sentido, o sistema de saúde deveria contar com psicólogos locados nas Unidades de Saúde, fazendo parte da equipe de saúde, desenvolvendo um trabalho interdisciplinar voltado à atenção integral à saúde e psicólogos especialistas locados nos núcleos e centros de nível secundário (equipes matriciais; NASF; CAPS). Contudo, para os psicólogos, ainda não está claro qual é o seu papel em cada um dos níveis de atenção, resultando em confusões e desconhecimento das possibilidades de atuação por parte dos próprios psicólogos e de seus representantes.

A reflexão elaborada neste trabalho busca contribuir na discussão e divulgação do grande potencial da psicologia na Atenção Básica, ressaltando que para uma atuação efetiva no contexto dos cuidados primários, necessariamente, o psicólogo deve estar locado na Unidade de Saúde e fazer parte de uma equipe de saúde interdisciplinar em regime de trabalho em tempo integral. Defende-se, portanto, a inclusão do psicólogo na equipe mínima da ESF e não apenas na atenção secundária e terciária.

Outra contribuição que este trabalho procurou oferecer diz respeito à reflexão epistemológica das práticas psicológicas apontando o pensamento sistêmico como uma base possível para o profissional refletir, flexibilizar e contextualizar suas práticas, possibilitando que as mesmas respondam efetivamente às demandas da Atenção Básica.

A integração efetiva do psicólogo no nível primário de atenção à saúde, segundo Trindade (2000), relaciona-se com a sua visibilidade social na organização, com a qualidade das suas relações com os demais técnicos e com a obtenção de ganhos para a saúde das pessoas da comunidade que resultem de suas contribuições específicas enquanto integrante da equipe de saúde. Isso requer dos psicólogos, dentre outras coisas, motivação e abertura para o trabalho interdisciplinar.

A consolidação da psicologia como uma profissão da saúde pública representa uma convicção em sua potencialidade como instrumento de transformação e o reconhecimento de fatores subjetivos, emocionais, enfim, da história e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população. Contudo, esse discurso ainda não repercutiu significativamente na cultura profissional e leiga, já que as mudanças nos padrões de atuação ainda não são consistentes o suficiente para mudar as feições da prática psicológica no Brasil. A profissão ainda não reproduziu, de maneira significativa, em sua prática, os resultados das discussões sobre sua relevância e compromissos sociais e sobre uma atuação condizente com as diferentes realidades dos usuários dos serviços públicos de saúde. A ausência de uma proposta única e coerente de atuação e de uma solidez política na profissão impede a Psicologia de consolidar um modelo de trabalho comprometido com os ideais democráticos da reforma sanitária e com a cidadania dos usuários (Oliveira et al, 2005).

Formação e treinamento específicos para os psicólogos são fundamentais, mas deve-se tomar cuidado para não apontar a formação inadequada ou insuficiente como “bode expiatório”, isso seria obedecer a uma lógica linear de causalidade, própria do pensamento tradicional. São, portanto, múltiplos fatores que interagem recursivamente para a situação insatisfatória da psicologia na saúde pública – sobretudo na Atenção Básica. Dentre eles: a representação do psicólogo do suposto status que a clínica tradicional pode lhe proporcionar; a participação ainda insuficiente dos psicólogos nas decisões do Sistema de Saúde Pública, embora tenha aumentado nos últimos anos, através de seus órgãos representativos; e como apontado anteriormente, a configuração das políticas públicas de saúde e de saúde mental se mostra um importante fator que deve ser investigado e discutido.

Faz-se necessária a definição de papéis do psicólogo a respeito dos três níveis de atenção e sua inclusão nos três níveis; criação de cargos em quantidade suficiente, com salários dignos, enfim, uma política efetiva de saúde coletiva. Para isso, é fundamental que os psicólogos se organizem, que seus representantes ajam, para que os responsáveis pelas políticas públicas de saúde, desde a esfera federal até a regional, conheçam as potencialidades da intervenção psicológica na Atenção Básica e as vantagens da integração de psicólogos nas Unidades Locais de Saúde.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, H. & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In: McNamee, S. & Gergen, K.J. *A Terapia como Construção Social* (p. 34-49). Porto Alegre: Artes Médicas.

Andrade, S.M.; Soares, D.A, & Cordoni Jr., L.(orgs). (2001). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL.

Aun, J.G.; Esteves De Vasconcellos, M.J. E Coelho, S.V. (2005). *Atendimento de Famílias e Redes Sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos*. Belo Horizonte: Ophicina da Arte & Prosa.

Baptista, T.W.de F. (2007). Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3). Recuperado em: 12 setembro, 2007, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300020&lng=pt&nrm=iso>

Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17 (2), 21-25.

Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998). A Pesquisa em Psicologia – análise de métodos e estratégias na comunicação na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z.M.M. (org) *Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa* (pp. 135-158). Ribeirão Preto, SP: Legis Summa.

Bittencourt, R.A.doA. & Mateus, M.L. F. (2006). Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. *Psicologia:*

Ciência e Profissão [online], 26(2), 328-343. Recuperado em 17 setembro, 2007, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200014&lng=es&nrm=iso>

Bock, A.M.B. (1993). Eu caçador de mi: pensando a profissão de psicólogo. In: M.J. Spink, (Org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. (pp. 280-291), São Paulo: Brasiliense.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Portaria 154. (2008, 24 de janeiro). *Diário Oficial da União*: Brasília, jan., seção 1, p.47 – 50.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria N° 648*. (2006, 28 de Março). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Recuperado em 18 outubro, 2007, de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1165_FL.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 18 outubro, 2007, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde (2003). *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Recuperado em 18 outubro, 2007, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (1998). Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (1990). Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. *ABC do SUS – Doutrinas e Princípios*. V.I/ Ministério da Saúde – Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde.

Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedmann & T. D. Wacks (Eds.), *Measuring*

environment across the life span: Emerging methods and concepts (pp.3-30). Washington, DC: American Psychological Association.

Bronfenbrenner, U. & Morris. P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Series Ed.) & R.M. Lerner (Volume Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (V.1, pp. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.

Calatayud, F.J.M. (1991). La promocion de la salud como problema de la psicologia em la atencion primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 7(4), 362-370.

Cecchin, G. (1996). Construcionismo social e irreverência terapêutica. In: Schnitman, D.F. (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Coimbra, V.C.C.; Oliveira, M.M.; Vila, T.C. & Almeida, M.C.P. (2005). A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 07(01), 113–111. Recuperado em 08 setembro, 2007, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão Diálogos*. (2006). Ano 3 - nº4 - Dezembro.

Conselho Regional de Psicologia - 12ª Região. (2007). *Revista do VI Congresso Nacional da Psicologia (VI CNP): etapa regional de Santa Catarina*. Florianópolis: CRP-12

Dimenstein, M. (2003). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública* 13(5) Washington May.

Dimenstein M. (2001) O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 6(2), 57-63.

Dimenstein, M. (2000). A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia* (Natal), 5(1), 95-122.

Dimenstein M.(1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3(1), 53-82.

Dimenstein, M.; Santos, Y. F. Dos; Brito, M.; Severo, A.K. & Morais, C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*. [online]. nov, 3(5), 23-41. Recuperado em 18 setembro, 2007, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4272005000200003&lng=pt&nrm=iso

Esteves de Vasconcellos, M.J. (2005). Pensamento Sistêmico Novo-Paradigmático: Novo-Paradigmático, por quê? In: Aun, J.G.; Esteves de Vasconcellos, M.J. & Coelho, S.V. *Atendimento de Famílias e Redes Sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos*. Belo Horizonte: Ophicina da Arte & Prosa.

Esteves de Vasconcellos, M.J. (2003) *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papyrus.

Ferriolli, S.H.T.; Marturano, E.M. & Puntel, L.P. (2007). Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Revista de Saúde Pública* [online], 41(2), 251-259. Recuperado em 15 setembro, 2007, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-8910.

Franca, A.C.P.de & Viana, B.A.(2006). Interface psicologia e programa saúde da família - PSF: reflexões teóricas. *Psicologia: Ciência e Profissão*. [online], 26(2), 246-257. Recuperado em 18 setembro, 2007, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=pt&nrm=iso>

Franco, T.B. & Merhy, E. (2003). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp.55-124). São Paulo: Hucitec.

Glaserfeld, E. V. (1991). Adeus à objetividade. In: Watzlavick, P. & Krieg, P. (orgs.). *O olhar do observador: contribuições para uma teoria do conhecimento construtivista*. Campinas: Editora Psy, pp. 17-29.

Goolishian, H.A. & Anderson, H. (1996). Narrativa e self: alguns dilemas pós-modernos da psicoterapia. In: Schnitman, D.F. (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gomes, D.C.R. (1997). *Equipe de saúde: o desafio da integração*. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia.

Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gutierrez, P.R. & Oberdiek, H.I. (2001) Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: Andrade, S.M.; Soares, D.A., & Cordoni Jr., L. *Bases da Saúde Coletiva* (pp.1-26). Londrina: UEL.

Laurell, A.C. (1983). A saúde como processo social. In: Nunes, E.D. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos* (pp. 133-158). São Paulo: Global.

Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*. vol.10 no.3 Maringá Set/ Dez.

Mackinnon, R.A. & Michels, R. (1981). *A Entrevista Psiquiátrica na Prática Diária*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mendes, E.V. (1996). Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes, E.V. *Uma agenda para a saúde* (pp. 233-300). São Paulo: Hucitec.

Moré, C.L.O.O. & Macedo, R.M.S. (2006). *A Psicologia na Comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moré, C.L.O.O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. In: *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação*. Ribeirão Preto, 15 (31): 187-197.

Moré, C.L.O.O. (2001). A representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público-comunitário. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação*, 11 (20): 85-98.

Moré, C.,L.,O.,O.(2000). *Atendendo à demanda: proposta de um modelo de sistematização de intervenção psicológica junto a postos de saúde comunitário*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Morin, E.(1996). Epistemologia da complexidade. In: Schnitman, D.F. (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oliveira, I.F; Dantas, C.M.B.; Costa, A.L.F.; Gadelha, T.M.S; Ribeiro, E.M.P.C & Yamamoto, O.H. (2005). A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de

Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação em Psicologia*, 9(2), 273-283.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. (2001). A Resolução de Problemas de Saúde Mental. In: *Relatório sobre a saúde no mundo 2001* (pp. 79-107). OMS.

Pedro, F. D.L.; Böing, E.; Reimann, F.C; Santos, G. ; Moré, C.L. O. O. (2005). Atuação do Psicólogo em Equipes de Saúde da Família In: VI Congresso Nacional da Rede UNIDA, 2005, Belo Horizonte. *Olho Mágico Revista da Área de Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde*. Londrina: v.12. p.318.

Pitta, A. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.

Romagnoli, R.C. (2006). A formação dos psicólogos e a saúde pública. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2). Recuperado em 08 setembro, 2007, de <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/Arquivos/RobertaRomagnoli.pdf>

Santos, J.L.F.; & Westphal, M.F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, 13(35), 71-87.

Schnitman, D.F. & Fuks, S.I. (1996). Metáforas da mudança: terapia e processo. In: Schnitman, D.F. (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Singer, P.; Campos, O.; & Oliveira, E.M. (1978). *Prevenir e Curar: controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense.

Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sousa Santos, B. (2006). *Um discurso sobre as ciências*. 4.ed. São Paulo: Cortez.

Spink, M.J.P. (2003). *Psicologia Social e Saúde: Práticas, Saberes e Sentidos*. Petrópolis: Vozes.

Teixeira, J.A.C. (2000a). Abordagem Psicológica do Doente Psiquiátrico em Centros de Saúde. In: Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 55-66). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Teixeira, J.A.C. (2000b). Estágios de Psicologia em Centros de Saúde. In: Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Cap. 10. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Trindade, I. (2000). Competência do Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários. In: Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 37-46). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. (2000a) Intervenção Psicológica em Centros de Saúde. In: Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 23-36). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Trindade, I. & Teixeira, J.A.C (2000b). Aconselhamento Psicológico nos Cuidados de Saúde Primários. In: Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 67-80). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Vasconcelos, E.M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Vasconcelos, E.M. (2000). Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: Vasconcelos, E.M (org.); Rosa, L.C.S.; Pereira, L.C.G.; Bisneto, J.A. *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade* (pp. 35-67). São Paulo: Cortez.

Watzlawick, P.; Beavin, J.H. & Jackson, D.D. - *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix, 1973. Cap. 2 e 3.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para Fines Terapêuticos*. Barcelona: Ediciones Paidós.