

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE  
SERGIPE – FANESE  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA VI**

**ANA RUTH BATISTA DE OLIVEIRA  
MARIA DO CARMO ROCHA VITAL**

**A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
LAGARTO, SE.**

Aracaju – SE  
2008

**ANA RUTH BATISTA DE OLIVEIRA  
MARIA DO CARMO ROCHA VITAL**

**A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
LAGARTO, SE.**

**Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-  
Graduação e Extensão da FANESE, como requisito  
para obtenção do título de Especialista de Saúde  
Pública de da Família.**

**Orientadora:**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Letícia Gaspar Tunala Mendonça**

**Aracaju – SE  
2008**

Oliveira, Ana Ruth Batista de

A atuação dos Psicólogos nos serviços públicos de atenção à saúde do município de Lagarto (SE) / Ana Ruth Batista de Oliveira e Maria do Carmo Rocha Vital. – 2008.

40 f.

Monografia (especialização) – Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe (FANESE)

Orientação: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Leticia Gaspar Tunala Mendonça

1. Psicologia 2. Saúde Pública 3. Atenção à saúde I. Título

CDU 614-055.5/.7

**ANA RUTH BATISTA DE OLIVEIRA  
MARIA DO CARMO ROCHA VITAL**

**A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
LAGARTO, SE.**

Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão da  
FANESE, como requisito para obtenção do título de Especialista de Saúde Pública de  
da Família.

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Letícia Gaspar Tunala Mendonça**

---

*Profa. MSc. Cristina Maria Teti*

---

**Ana Ruth Batista de Oliveira**

---

**Maria do Carmo Rocha Vital**

**Aprovado (a) com média: \_\_\_\_\_**

**Aracaju (SE), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.**

Aos nossos Pais.  
À querida Prof.<sup>a</sup> e orientadora Leticia Tunala.

## RESUMO

Este trabalho objetiva refletir acerca da atuação dos psicólogos nos serviços públicos de atenção à saúde do município de Lagarto, SE. Os dados foram construídos por meio de entrevistas semi-estruturadas junto a três profissionais que atuam no “Centro Médico de Atenção Especializada Zezé Rocha” no Município de Lagarto-SE, sendo enfocadas informações relativas à formação desses profissionais para o trabalho em saúde pública; suas escolhas pelo trabalho em saúde pública; os aspectos positivos e negativos, e como estes influenciam suas práticas dentro do contexto de trabalho na saúde pública; as práticas profissionais desenvolvidas; e suas descrições de saúde. A exploração dos dados foi realizada com base na análise qualitativa de conteúdo. Os principais resultados apontados foram: a escolha pelo trabalho em serviço público; falta de formação dos profissionais para o trabalho no serviço público; a descrição dos aspectos positivos e negativos da realização dos seus trabalhos; atividades em grupo realizadas como forma de atender a demanda; presença de atividades relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças; e descrição de saúde de forma estereotipada. Pensamos que os psicólogos, ao perceberem-se como profissionais da saúde, desenvolvem atividades com um caráter mais amplo, envolvendo práticas referentes aos aspectos educacionais para a promoção da saúde; à organização e funcionamento da instituição em que estão inseridos; e ao apoio, auxílio e práticas conjuntas e integradas com os demais integrantes da equipe de saúde da instituição.

**Palavras-chave:** Psicologia. Saúde Pública. Atenção à saúde.

## SUMÁRIO

|                                                        |           |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RESUMO .....</b>                                    | <b>5</b>  |
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                              | <b>7</b>  |
| <b>2 A HISTÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>    | <b>9</b>  |
| <b>3 A PSICOLOGIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b> | <b>14</b> |
| <b>4 METODOLOGIA .....</b>                             | <b>17</b> |
| <b>5 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>                  | <b>19</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                    | <b>32</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                               | <b>34</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                    | <b>37</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A partir do final da década de setenta (70) e início dos anos oitenta (80) com a crítica elaborada sobre a organização dos serviços de saúde e a definição de um conceito de saúde mais ampliado, inscrito na Constituição de 1988, deu-se a inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde no Brasil.

Segundo Boarini (1996), Silva (1992) e Dimenstein (2000) um dos maiores desafios da inserção da Psicologia nos contextos de saúde pública, tem sido a formação em Psicologia. Tradicionalmente marcada pela hegemonia da Psicologia Clínica, a formação tem privilegiado a intervenção profissional centrada no indivíduo, com ênfase em objetivos curativos e assistencialistas, especialmente, a psicoterapia de longo prazo. A clientela idealizada é proveniente da classe média que pode custear o exercício autônomo da profissão realizado em consultório privado.

Ainda até muito recentemente, a área de saúde ainda era sinônimo de clínica tradicional, e se caracterizava como uma atividade centrada no indivíduo, cujos objetivos eram, principalmente analíticos, psicoterapêuticos e/ou psicodiagnósticos, fundamentando-se em uma concepção da clínica como um saber/fazer universalizado, associado a uma concepção de sujeito universal e a - histórico, após a criação do Programa de Saúde da Família, o psicólogo passa a integrar a equipe de saúde, trabalhando de forma coletiva. A sistematização de um trabalho cotidiano na instituição indica a busca de mudanças urgentes no que se está oferecendo junto à formação profissional.

Esta discrepância entre a formação do psicólogo e as necessidades atuais da saúde pública no Brasil tem levado os psicólogos que atuam nessa área ao enfrentamento de inúmeros desafios, tais como o desconhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da realidade das instituições de saúde pública. Este desconhecimento tem promovido uma atuação profissional indiferenciada segundo os objetivos de cada um dos níveis de atenção, comprometendo a eficiência e a eficácia do trabalho realizado. (OLIVEIRA, 2005)

Nesse andamento de construção e consolidação do lugar do psicólogo nos serviços públicos de saúde, mais especificamente na atenção à saúde, achamos de extrema importância a abertura de espaços para se repensar a função da Psicologia e do psicólogo na área de assistência pública à saúde, em especial dos profissionais responsáveis pela atenção primária, bem como tomar conhecimento dos paradigmas que embasam suas práticas nessas instituições, e a adequação dos mesmos a um modelo assistencial que responda às premissas da integralidade e qualidade nos serviços de saúde, respondendo de fato às necessidades dos usuários.

Levando em conta essas preocupações e ações em busca de uma inserção da Psicologia coerente com os princípios do SUS e ao contexto sanitário do nosso país, propomos o presente trabalho. Ele se propõe a descrever o trabalho do profissional de psicologia nos serviços de atenção à saúde do município de Lagarto (SE). Pesquisaremos, mais especificamente, a formação desses profissionais para o trabalho em saúde pública, suas descrições de saúde e a caracterização do trabalho desenvolvido, com destaque ao acolhimento aos usuários, às atividades grupais e às práticas de prevenção de doenças.

Para o desenvolvimento desse estudo, foi realizada uma pesquisa qualitativa por caracterizar melhor a temática abordada. Na coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, com o intuito de perceber alguns aspectos subjetivos do grupo estudado. Faz-se notório esclarecer que, nas entrevistas, utilizamos gravador com a autorização das informantes. Para tanto, foram desenvolvidas entrevistas com três (03) psicólogas do Centro Médico de Atenção Especializada “Zezé Rocha”, com idade variando entre 25 e 30 anos, e onde foram utilizados nomes fictícios.

Dessa forma, a presente monografia apresenta inicialmente uma apresentação da temática e sua relevância. No primeiro capítulo, discuti-se o aporte teórico com suas fundamentações a cerca do SUS, e logo em seguida um paralelo entre A Psicologia e o Sistema único de Saúde (SUS). Nos segundo e terceiro capítulos referem-se à metodologia utilizada e a análise dos resultados. Por fim, as considerações finais que abrangem de forma conclusiva todo resultado encontrado na verificação deste trabalho.

## 2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O sistema de saúde brasileiro passou por intensas transformações devido às mudanças advindas do âmbito político-institucional. Para MENDES (1994), a caracterização fundamental das políticas de saúde no período de 1980-90 é o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do país.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças. Servia a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. (WIKIPÉDIA, 2008)

Segundo PAIM (2002), na década de oitenta (80), o projeto da Reforma Sanitária inspirado na questão da radicalização da democracia, propunha uma totalidade de mudanças que passava pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando em última análise, a reorganização das práticas de saúde.

As proposições da Reforma Sanitária eram dirigidas à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando como elementos essenciais a descentralização, universalização e unificação.

Em 1981, diante o agravamento da crise previdenciária, o então Presidente da República constituiu o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de reorganizar a assistência médica no país, reduzindo seus custos e controlando seus gastos (ALMEIDA apud ANDRADE, 2001).

Em 1982, esse Conselho lança o Plano CONASP, considerado um marco na história do financiamento da Saúde Pública, que tinha como uma de suas estratégias a implantação de Ações Integradas de Saúde entre União, Estados e Municípios, conhecida como AIS, que visava descentralizar a atenção médica com integração de ações envolvendo serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada e que mais tarde deu origem ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

No ano de 1986, é realizado a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico para as reformas que foram e estão sendo desenvolvidas no país. Esta conferência discute a situação da saúde no país e aprova um relatório com recomendações de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local, sendo referência para os constituintes dedicados à elaboração da Carta Magna de 1988.

Entre a VIII Conferência de 1986 e a Constituição de 1988 dois fatores marcantes ocorreram: a criação, em julho de 1987, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entidade com participação efetiva no assessoramento aos constituintes e na organização do SUS e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou naquele momento em rearranjo institucional objetivando universalização do atendimento, e redefinição dos princípios de integração, hierarquização, regionalização e controle social.

A compreensão de que a saúde da população é resultante da forma com que a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômicas, política e cultural, estimula a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde. Desse modo, no ano de 1988 incorporou-se a Constituição Federal a seguinte definição de saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196).

A Constituição Federal de 1988 definiu um novo pacto federativo que resultou em grandes transformações quanto à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e, fundamentalmente, para os municípios. (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002).

Nessa perspectiva, caberia pensar um conjunto articulado de intervenções sociais e econômicas voltadas para a redução de riscos, além da implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no qual as ações e serviços públicos de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada e que obedeceria diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde que (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689. (WIKIPÉDIA, 2008)

As Normas Operacionais Básicas editadas nos anos 1990 conhecidas como NOB 91, NOB 92, NOB 93 e NOB 96 além das Normas de Assistência à Saúde NOAS 2001 e 2002 surgem como mecanismo regulador dos diferentes estágios que os municípios, os estados e os próprios órgãos encontravam-se em relação a descentralização.

Os conteúdos dessas normas abrangem: definição das formas de transferências de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (LEVCOVITZ ET AL., 2001).

A primeira norma, a NOB 91, determina que os Estados e Municípios para receberem os recursos têm de atender aos seguintes critérios: criação de Fundo de Saúde;

A idéia da descentralização/municipalização atribui ao Município o poder de assumir e atuar com maior agilidade para gerar as devidas transformações na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública. Vale ressaltar que é de extrema importância a articulação e integração com os níveis estadual e federal e das Legislações Complementares.

No que se refere ao financiamento da saúde, foi promulgada em 13 de setembro a Emenda Constitucional 29/00, esta vincula recursos tributários de estados e municípios a despesas com ações e serviços públicos. A implementação desta, depende dos avanços nos entendimentos do texto constitucional pelo conjunto de atores da política de Saúde. Contudo, estima-se que a participação dos estados no financiamento da Saúde aumente substancialmente reduzindo-se a fatia da União e havendo manutenção dos níveis médios atuais de gastos municipais. Essa situação poderá implicar maior grau de autonomia das esferas subnacionais na definição e implementação da política de Saúde (FAVERET, 2003).

### 3 A PSICOLOGIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O psicólogo, enquanto profissional no Brasil, tem uma história muito recente. Apesar de o ensino da Psicologia ser feito desde os anos 30 nas escolas normais dos Institutos de Educação do país e, em 1956 ter sido implantado um curso de formação de psicólogo na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e em 1957 na Universidade de São Paulo, foi somente em 1962 - por força da Lei Federal nº 4.119 - que a Psicologia passou a existir como profissão. No ano de 1964 foi regulamentada a formação do psicólogo e seu exercício profissional pelo Conselho Federal de Educação com o Decreto nº 53.464. Com isso o Brasil tornou-se um dos poucos países a adotar uma legislação reguladora da profissão e todo o território nacional. (DIMENSTEIN, 1998).

A psicologia embora intimamente relacionada com o conceito de saúde, definida pela Organização Mundial da Saúde como o bem-estar físico, mental e social, chega tardiamente à área da saúde. Conforme Spink:

A psicologia chega tarde neste cenário e chega 'miúda', tateando, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica efetiva e as formas de incorporação do biológico e do social ao fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a-histórico tão freqüentes na psicologia clínica tradicional. (Spink in Campos 1992, p. 12)

Conforme Silva in Campos (1992, p. 25), durante muitas décadas, as práticas de ensino tem sido muito direcionadas à preparação para o exercício autônomo da profissão, com a priorização de praticamente um único modelo de atendimento que privilegia os segmentos psicoterápicos contínuos. Há então um descompasso entre os atendimentos realizados no âmbito das instituições de saúde pública, basta observar a que tipo de população a saúde pública tem sido destinada em nosso País. Portanto, a manutenção de uma única forma de atuação é um fator que impede à integração das ações, da psicologia e dos demais componentes de saúde mental as ações de saúde como um todo.

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

Observamos que existe uma defasagem progressiva entre os conteúdos das formações universitárias e as necessidades do setor de saúde. Nogueira (1985, p. 401) afirma que as escolas têm cada vez mais um sentido propedêutico, ou seja, a preparação para o exercício profissional se dá no próprio mercado de trabalho.

Com as modificações no sistema de saúde, a psicologia bem como as demais profissões de saúde consideradas da área de saúde, que eram praticamente absorvidas somente em instituições ambulatoriais e hospitalares passam a ser incorporadas às unidades básicas. Isso se torna possível por todo o movimento que surge a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e toda a mobilização social realizada com o intuito de que o Sistema Único de Saúde possa vir a possibilitar uma atenção integral à saúde.

A Psicologia Social da Saúde, segundo Spink in Camargo-Borges; Cardoso (2003) tem como características principais à atuação centrada em uma perspectiva coletiva e o comprometimento com os direitos sociais e com a cidadania. Rompe, portanto, enfoques mais tradicionais centrados no indivíduo. A atuação se dá principalmente nos serviços de atenção primária à saúde, focaliza a prevenção da doença e a promoção da saúde e incentiva os atores sociais envolvidos para a geração de propostas de transformação do ambiente em que vivem. Trata-se, portanto de um processo de transformação crítica e democrática que potencializa e fortalece a qualidade de vida.

A priorização da clínica, restrita às atividades de consultação, tem tomado lugar das atuações integradas às atividades próprias ao nível de atenção esperada. Dessa forma, priorizam-se as ações individuais em detrimento das conjuntas em equipes. A clínica, restrita aos modelos tradicionais psicoterápicos acaba tomando o lugar das ações integradas às equipes junto aos programas já implementados pela instituição.

Para que possa existir integração dos serviços prestados pelos profissionais de saúde mental, é necessário que se estabeleçam formas de atuações, que se diferenciem segundo os objetivos de cada um dos níveis de atenção. É necessário modificar essa

concepção restrita de atuação clínica que tem sido repetida em cada um dos níveis de atenção à saúde.

Segundo Camargo-Borges & Cardoso (2003), constata-se que a psicologia cada vez mais tem adentrado o terreno da saúde, incrementando a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, principalmente na área da saúde mental, tendo crescido, quantitativamente, em hospitais e postos de saúde. Na ESF, a psicologia tem despontado através da proposição de algumas intervenções, já consagradas, no âmbito da saúde, como o trabalho com grupos (Souza & Carvalho, 2003; Cardoso, 2002) e o das equipes de saúde mental (Lancetti, 2003). A intervenção através de grupos na ESF acontece, principalmente, com os chamados grupos programáticos para o cuidado de questões prevalentes na saúde, tais como os grupos de hipertensão e diabetes e os de gestantes. Esses grupos têm, geralmente, caráter informativo e número determinado de encontros. Já o trabalho da saúde mental, na ESF, tem sido constituído por profissionais dessa área (psicólogos e psiquiatras) que assessoram a equipe mínima através de estudo de casos, interconsultas, supervisão continuada, orientação e capacitação no cuidado e acolhimento dos casos de saúde mental (Lancetti, 2003).

É através da aceitação dos profissionais de saúde mental, como profissionais de saúde que suas atuações devam ter um caráter mais amplo, envolvendo atividades relativas aos aspectos educacionais e funcionamento da instituição, ao apoio, assessoramento e trabalho conjunto e integrado aos demais membros da instituição. Isso significa estarem preparados para compor a equipe multiprofissional voltada para integração os saberes das várias áreas.

Com esse objetivo, é importante compreendermos como o psicólogo tem promovido espaços de acolhimento da população e de coletivização na construção das soluções aos problemas trazidos pela sociedade, em acordo com as características do contexto público e das políticas de saúde. As iniciativas de trabalhos grupais, de promoção de saúde e prevenção de doenças e de práticas de acolhimento devem ser melhor estudadas com a finalidade de refletirmos sobre as possibilidades e desafios da Psicologia na transformação do modelo assistencial em saúde tal como proposto pelas políticas atualmente vigentes no Brasil. (GOYA & RASERA)

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal onde o contato com os participantes foi feito através de telefone. Dos dez (10) profissionais convidados da rede pública, sete (07) recusaram-se a participar alegando vários motivos, entre eles falta de tempo, receio de passar informações sobre seu dia-a-dia no trabalho, já que não reconheciam as pesquisadoras, entre outros. Estes profissionais atuam na rede pública dos municípios de Areia Branca, Itabaiana e Aracaju.

Na nossa pesquisa três (03) psicólogas do Centro Médico de Atenção Especializada Zezé Rocha que atuam na rede de referência de Saúde Básica do município de Lagarto se disponibilizaram a participar.

O grupo de psicólogos entrevistados foi constituído por profissionais do sexo feminino, com idade entre 25 e 30 anos, tendo se formado, há quatro (04) anos em instituições particulares de Ensino Superior de Sergipe e que trabalham no serviço público, como psicólogos desde que se formaram, ou seja, há quatro (04) anos.

Assim, os dados da presente pesquisa foram construídos por meio de entrevistas semi-estruturadas (Anexo B), junto aos profissionais participantes, os quais foram devidamente esclarecidos dos objetivos da pesquisa e das condições de sua participação na mesma por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). As entrevistas foram gravadas em áudio, com a devida autorização do entrevistado, para posterior transcrição.

O tempo de duração das entrevistas não foi estipulado, deixando-as livre para exercer seus pensamentos, sendo que no início, houve uma explicação a respeito da pesquisa e das questões éticas que ali permearam e no final, sem o gravador, foi realizado um diálogo de como as entrevistadas se sentiram ao expor suas questões para a colaboração dessa pesquisa.

Foram construídos dados relativos à identificação do entrevistado; à sua formação; à caracterização do seu trabalho; ao processo de acolhimento aos usuários; às

práticas grupais por ele realizadas; e às suas práticas de promoção de saúde; à sua concepção de saúde, bem como às dos profissionais da equipe em que trabalham e da clientela atendida, sendo sempre reservado um espaço ao final da entrevista para comentários acerca de algum aspecto do trabalho do psicólogo que ele quisesse destacar.

Os passos da análise dos dados consistiram nas etapas a seguir descritas, sendo a primeira delas a transcrição literal de todas as entrevistas realizadas.

A segunda etapa foi a leitura flutuante, curiosa e reflexiva das transcrições. Esta tarefa nos possibilitou o estabelecimento inicial de um diálogo entre as falas dos entrevistados, nossas percepções como pesquisadoras e aquelas questões trazidas pela literatura da área.

A etapa seguinte consistiu na definição de categorias gerais inspiradas no objetivo da pesquisa, quais sejam: a formação para o trabalho em saúde pública; as descrições de saúde no discurso dos psicólogos; os sentidos do Sistema Único de Saúde no discurso dos entrevistados; e as atividades profissionais desenvolvidas.

Posteriormente, utilizamos essas categorias para a construção de um quadro comparativo entre diferentes momentos das entrevistas dos participantes. Esta etapa nos permitiu visualizar e comparar os dados construídos, de modo a nos fazer perceber as semelhanças, as divergências e as peculiaridades entre os vários discursos presentes nas entrevistas acerca das diversas atuações profissionais.

A seguir apresentaremos os principais aspectos acerca da formação e atuação profissionais dos psicólogos entrevistados segundo os nossos objetivos já mencionados.

## 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e a discussão dos mesmos, seguindo a metodologia de análise utilizada. Os temas que terão ênfase na pesquisa são: a formação dos profissionais para o trabalho em saúde pública; escolhas pelo trabalho na saúde pública; os aspectos positivos e negativos, e como estes influenciam suas práticas dentro do contexto de trabalho na saúde pública; práticas profissionais desenvolvidas nesse contexto; e as descrições de saúde. Será feito um comparativo, quando necessário, do que foi relatado nas entrevistas realizadas pelas profissionais que foram gravadas em áudio, com a devida autorização das entrevistadas e duraram aproximadamente quarenta (40) minutos, com a teoria apresentada neste trabalho, com propósito de “fornecer, por condensação, uma representação significativa dos dados brutos”, conforme explica Bardin (Citado por Ferreira, 2000). Serão utilizados nomes fictícios para que se mantenha a conservação dos verdadeiros nomes das participantes.

### 1. A formação (ou sua falta) para o trabalho em saúde pública

Nesta categoria da formação das profissionais entrevistadas, foram construídos dados a respeito da instituição em que realizaram a graduação, das especializações profissionais, da formação para o trabalho em saúde pública e das contribuições dessa formação para o desenvolvimento das atividades como profissionais no contexto da saúde pública.

As psicólogas se formaram em instituições particulares de Ensino Superior de Aracaju, sendo que todas as entrevistadas se formaram há quatro anos e já realizaram especialização profissional na área de Saúde Mental Coletiva e Saúde Pública e da Família.

Conforme a fala de uma entrevistada, o curso de graduação que realizou não a preparou adequadamente para trabalhar na área de Saúde Pública:

*(...) a formação acadêmica forma profissionais voltados para a área clínica, para trabalhar no consultório. (...) (Larissa)*

O trabalho do psicólogo ficou um tanto restrito a atividades ligadas à Saúde Mental, mas que não conseguiram se difundir e marcar o espaço de trabalho público, como uma forma sólida de ação do psicólogo. (HOENISCH, 2000)

Esta falta de formação dos profissionais entrevistados para o trabalho em Saúde Pública, em relação à graduação motivou as entrevistadas a buscar uma especialização nessa área. Conforme suas falas, elas se identificam como profissionais da saúde, integradas a equipe de saúde:

*(...) tem muitas pessoas que precisam de atendimento, em sofrimento. A gente faz o que pode para atender a demanda. Nosso trabalho está sendo reconhecido e a procura é muito grande. (...) (Larissa)*

*(...) é preciso está buscando sempre algo a mais para atender a população já que estamos sendo reconhecida por ela e pelos outros profissionais. É muito gratificante chegar ao fim do dia cansada, mas, com a sensação de dever cumprido. Não só pelo financeiro, mas pelo carinho dos pacientes que eu atendo. (...) (Iolanda)*

*(...) as pessoas antes não eram esclarecidas quanto ao trabalho do psicólogo e achavam que só atendíamos “doidos”, hoje temos nossa importância e nosso trabalho reconhecido, atendemos a população com muito profissionalismo e somos reconhecidos tanto por eles como pelos demais colegas de trabalho. (...) (Mariana)*

O curso de Psicologia não prepara profissionais para o trabalho em Saúde Pública, muito menos para trabalhar com um conceito de saúde complexo como o presente no SUS.

O Sistema traz implicado na sua construção uma perspectiva de saúde muito mais ampla do que a simples ausência de doença denominada Medicina clássica e da qual os cursos de Psicologia, em sua maioria são herdeiros: estar saudável sem doenças. (HOENISCH, 2000)

A psicologia, desde a sua criação, é reconhecida como profissão liberal - parecer 403/68 (Lei 4.119). A ênfase das atividades deste profissional se centrou nas décadas seguintes, no trabalho autônomo, clínico, individual, curativo e voltado para uma clientela financeiramente privilegiada no acesso. (Silva, 1992; Dimenstein, 1998).

A priorização da clínica, restrita as atividades de consulta, tem tomado lugar das atuações integradas às atividades próprias ao nível de atenção esperada. Dessa forma, priorizam-se as ações individuais em detrimento das conjuntas em equipes. A clínica, restrita aos modelos tradicionais psicoterápicos acaba tomando o lugar das ações integradas às equipes junto aos programas já implementados pela instituição.

Nesse trecho das falas ressalta-se, uma implicação do reconhecimento dos psicólogos entrevistados como profissionais da saúde. Trata-se da integração da equipe do ambulatório em relação aos demais profissionais da equipe de saúde das Unidades, dos profissionais que trabalham no ambulatório, do CRAS e do Conselho Tutelar.

*(...) para marcar para atendimento psicológico precisa de um encaminhamento, seja dos clínicos das UBS, do CRAS ou do Conselho Tutelar. Há uma discussão dos casos com todos os integrantes do Ambulatório para um melhor direcionamento do tratamento.*

*Lá a gente não faz só a clinica individual, a gente faz um trabalho de orientação familiar, palestras, trabalhos em grupo e visitas domiciliares. Não é só aquilo fechado de consultório de quando comecei, no início de minha prática como psicóloga, é uma clínica ampliada. (...)* (Larissa)

*(...) eu tenho uma relação muito boa com todos os profissionais, trabalhamos sempre buscando parceria com o CAPS, o CRAS, a equipe do PSF e o Conselho Tutelar, um sempre ajudando o outro, encaminhando. Existe uma boa integração das equipes. (...)* (Iolanda)

Para Silva (1992, p. 25), é muito inicial a percepção de que os componentes da área da Saúde Mental são, antes de tudo, profissionais de saúde, e como tal devem se integrar às ações de saúde em geral.

Ainda conforme esta autora, as discussões a respeito do papel da Psicologia na Saúde Pública centravam-se, quase que unicamente, nas ações de Saúde Mental, sendo relativamente recentes as discussões acerca do papel dos profissionais da área em relação aos diferentes níveis de atenção na Saúde Pública.

Este fato é particularmente importante, e merece atenção dos estudiosos e pesquisadores da área, uma vez que a tendência à prestação de serviços em instituições públicas de saúde vem aumentando gradativamente. E o que é mais preocupante, essa tendência de institucionalização do trabalho das diferentes categorias de saúde vem

crescendo sem que os programas de formação profissional consigam acompanhar este movimento e responder adequadamente a ele. (Silva, 1992, p. 25).

Para Silva (1992), em relação à área de Psicologia, a demora em se dar conta da necessidade de mudanças para as novas modalidades de inserção de trabalho no contexto da Saúde Pública é maior que o de outras áreas, que, a despeito da qualidade, vêm realizando parte de sua formação junto aos serviços públicos. E isto se deve ao fato de que as práticas de ensino na área de Psicologia têm sido direcionadas à preparação para o exercício autônomo da profissão, dando prioridade para praticamente um único modelo de atendimento que, não importando as suas linhas de embasamento, tem dado preferência aos atendimentos psicoterápicos contínuos e de cunho individual. É importante ressaltar que a análise de Silva (1992) já completa quase 15 anos e ainda persistem muitos dos desafios apontados por esta autora.

## 2. A escolha pelo trabalho no serviço público

A escolha pelo trabalho no serviço público pelos profissionais, conforme a fala de algumas entrevistadas foi uma questão de oportunidade e uma busca de estabilidade financeira:

*(...) desde o início (estágio) me interessei pela área clínica, fiz curso de psicanálise (Projeto Freudiano). Assim que me formei fui atender no Espaço Psico Social. Aí surgiu essa oportunidade de trabalho porque no início é muito complicado trabalhar na clínica, estou me referindo à questão financeira que é muito instável, muito devagar. Estavam montando as equipes de psicólogos na Secretaria de Saúde do Município de Lagarto, aí surgiu essa oportunidade e abracei e até hoje estou gostando do trabalho que estou desenvolvendo. (...) (Larissa)*

Fazendo uma análise da formação dos psicólogos no Brasil, de uma forma geral percebe-se que a grande maioria dos cursos prioriza a área clínica em seus currículos. Segundo Mello (1975), a imagem da Psicologia é geralmente determinada pelas atividades que os profissionais desempenham, ou seja, a tendência é muito forte para a atuação em clínica, o que de certa forma identifica a profissão.

A preferência pela área clínica é marcada pela psicoterapia praticada em consultórios particulares, pois nunca mereceu muitas críticas dos teóricos.

Mas fica claro aqui que, a priorização da clínica, restrita as atividades de consultação, tem tomado lugar das atuações integradas às atividades próprias ao nível de atenção esperada. Dessa forma, priorizam-se as ações individuais em detrimento das conjuntas em equipes. A clínica, restrita aos modelos tradicionais psicoterápicos acaba tomando o lugar das ações integradas às equipes junto aos programas já implementados pela instituição.

Existem problemas na formação do profissional de psicologia que tem levado a manutenção de um único modelo de atuação.

*(...) logo que me formei passei atender no consultório e logo depois surgiu a oportunidade de trabalhar no Município de Lagarto, onde junto com as meninas fazemos um trabalho bem amplo pois a procura pelo serviço é muita. (...) (Mariana)*

É muito comum a atuação dos profissionais de Psicologia em seus consultórios particulares logo ao se formarem. Segundo Silva (1992), Bleger (1992), Campos (1992),

Contini (2001), a Psicologia em sua atuação em saúde voltou-se para atendimentos individuais em consultórios particulares onde os tratamentos são prolongados e de alto custo, numa forma de atuação que se desenvolveu segundo um modelo que minimiza o papel das condições ambientais, principalmente de natureza social, econômica e cultural. Como agravantes deste quadro, há os modelos curriculares da maioria dos cursos de Psicologia que, influenciados pelo modelo cartesiano, direcionam a formação de seus alunos para um trabalho voltado à clínica individual e esses, ao entrarem em contato com o trabalho em saúde pública, reproduzem o modelo (Contini, 2001).

*(...) iniciei em 2004, fevereiro de 2004. Uma amiga me chamou para trabalhar no Município de Lagarto e aí desde então, eu estou lá. Lá a gente trabalha muito em grupo e quando necessário faz atendimento individual. (...) (Iolanda)*

Bleger (1992, p. 20) alerta que “a função do psicólogo não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública” e como tal precisa ocupar um lugar em toda a equipe de saúde, pois neste contexto existem muitas necessidades, mas também muitas possibilidades de se beneficiar um maior número de pessoas, enquanto que na clínica individualizada este trabalho é mais lento e atende a uma minoria.

O atendimento em grupo está associado à herança dos primórdios da psicologia, assim como o atendimento individual. Há uma preocupação com a demanda e com a administração desta demanda, principalmente, calcada no psicodiagnóstico.

### 3. Aspectos positivos e negativos, e como estes influenciam suas práticas dentro do contexto de trabalho na saúde pública.

Os principais aspectos positivos apresentados pelas psicólogas foram relacionados à valorização que se dá aos seus trabalhos, pois a demanda é muita e a preocupação pela melhoria de vida:

*(...) a gente consegue fazer um trabalho bem legal com a população carente que não tem acesso a atendimento psicológico. Antigamente tinha a visão de psicólogo nos consultórios atendendo a classe alta. É gratificante porque estamos abraçando a demanda dos povoados, da população carente. Possibilitando acesso a todos, de forma igualitária.* (...) (Larissa)

*(...) o reconhecimento do meu trabalho por parte dos pacientes e também por parte dos outros profissionais e dos superiores. Temos nossos pedidos atendidos tanto para aumentar nosso espaço como também na aquisição de material para trabalhar com os grupos de crianças, adolescentes, adultos e idosos, então fazemos nosso serviço de forma prazerosa.* (...) (Mariana)

*(...) temos material para trabalhar com vários públicos, agora não temos testes psicológicos, esses a gente ainda não conseguiu, mas a outra parte de material para trabalhar com criança, idoso, material todo burocrático de encaminhamento, de triagem, prontuários, tudo a gente tem, e temos também uma boa estrutura.* (...) (Iolanda)

“A função do psicólogo não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública” e como tal precisa ocupar um lugar em toda a equipe de saúde, pois neste contexto existem muitas necessidades, mas também muitas possibilidades de se beneficiar um maior número de pessoas, enquanto que na clínica individualizada este trabalho é mais lento e atende a uma minoria. (Bleger, 1992, p. 20)

Segundo Bock (1993, p. 288) existe uma dificuldade do trabalho psicológico que é a fragmentação da ciência psicológica, e explica que a Psicologia apareceu como uma ciência capaz de contribuir para a transformação do indivíduo e da sociedade. No entanto, a inexistência de um projeto coletivo que dê corpo à profissão, “uma profissão da ajuda, da vida, do movimento, da transformação, ou seja, uma profissão com grande potencial, mas que se apresenta pequena e sem projeto na sociedade onde se insere”, dificulta o desenvolvimento de um trabalho segundo a Promoção da Saúde.

Já os aspectos negativos apontados foram: excesso de demanda; falta de formação dos profissionais para entender o Sistema; falta de recursos, tanto financeiros quanto humanos; falta de cuidado e ética na condução e administração dos recursos públicos; tempo restrito para atendimentos; baixa remuneração; falta de autonomia do profissional e lentidão do sistema, e a falta de comunicação:

*(...) a demanda é muito grande. Tem muita gente sofrendo, precisando de ajuda mais a gente não tem como... fazemos trabalhos em grupos, triagem, lista de espera para agilizar o processo. Até porque o serviço não é rápido, o agendamento da consulta não é rápida e o processo terapêutico não é rápido. Esse problema não é da gente é do serviço mesmo. Então me angustia mesmo. (...)* (Larissa)

*(...) além da questão da gente não conseguir os testes psicológicos, o que não impede que ainda consigamos, tem também um pouco da falta de comunicação do público, porque têm alguns que não têm telefone, mas aí a gente pede que apareça em 15 em 15 dias ou só uma vez no mês para saber como é que tá a lista de espera e tem também aqueles que conseguem atendimento e faltam e não avisam. (...)* (Iolanda)

*(...) deveríamos ser mais remunerados, pois nos desgastamos muito com locomoção e em relação ao trabalho, acho que a falta de comunicação atrapalha um pouco, muitos não têm telefone e não se interessam em vir atrás do serviço, mas os que vêm geralmente cumprem o tratamento direitinho. (...)* (Mariana)

O trabalho dos profissionais de Psicologia deve ser dirigido às atuações integradas com o cotidiano, ou seja, ter um trabalho reconhecido pela instituição ao qual está inserido e também pelos quais está prestando o serviço. Se existe uma falta de interesse por parte da instituição em engajá-lo nas atividades dificultando suas técnicas, isso requer uma análise na forma de se trabalhar na instituição, pois pode passar uma má impressão aos usuários. Fazendo com que eles desistam da continuação do tratamento.

#### 4. Práticas profissionais desenvolvidas pelos psicólogos: velhas práticas em novos contextos

As atividades profissionais desenvolvidas pelas psicólogas entrevistadas que destacamos na construção dos dados foram relacionadas ao acolhimento aos usuários da instituição; às atividades grupais desenvolvidas; às atividades relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

O acolhimento aos usuários é uma atividade realizada pela Secretaria do Ambulatório, que fica responsável pelas anotações dos dados pessoais e marcação para a primeira consulta para a triagem.

Por meio da fala das profissionais, notamos que há um distanciamento entre as pessoas que procuram o serviço e aquelas que seguem o tratamento, devido à grande demanda.

*(...) para marcar a consulta tem que ficar numa lista de espera muito grande, que chega a ter por volta de cem pacientes, isso influencia muito no atendimento. Às vezes os pacientes já superaram a queixa, desistiram do tratamento, outros já não estão morando no mesmo local e não conseguimos entrar em contato. Gostaria que o acolhimento fosse feito por nós, para dá resolutividade ao caso. (...) (Larissa)*

*(...) como percebemos que a demanda está aumentando muito resolvemos criar um grupo um de espera que seria uma pré-triagem, que seriam grupos divididos por faixa etária, onde perguntamos qual a queixa, cada um fala, se apresenta e depois nós vemos quais casos têm maior prioridade. (...) (Iolanda)*

Esse fato faz com que o acolhimento, como proposto pelo SUS, se distancie de alguns de seus princípios, quais seja o atendimento de todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantindo a acessibilidade universal, e a reorganização do processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. (Franco; Bueno; Merhy, 1999).

Quanto às atividades grupais realizadas pelos profissionais entrevistados, foram construídos dados acerca dos grupos que realizam e dos motivos pelos quais decidiram trabalhar em grupo.

Todos os profissionais realizam trabalhos em grupo. Os principais grupos realizados apontados foram: grupo de orientação a pais; grupo de adultos, grupo de adolescentes, grupo de crianças; atividades relacionadas à prevenção de doenças como diabetes e hipertensão.

*(...) os temas das palestras abordadas nos grupos são escolhidos de acordo com a demanda (Abuso sexual, Cuidado em família, entre outros). Atendemos criança, adolescente, adulto e idoso. (...)* (Larissa)

*(...) entramos na comunidade através de palestras, vemos qual a temática que está precisando ser abordada e então elaboramos a palestra para a família. É uma espécie de orientação familiar. (...)* (Iolanda)

*(...) realizamos dinâmicas de grupo e palestras para comunidade, o tema é de acordo com o que mais se precisa esclarecer. (...)* (Mariana)

Segundo Lancetti (1997, p.11), deve haver uma parceria do profissional de Psicologia e a equipe de saúde, como articulação para inventar novas práticas, e fundar um conceito atento às necessidades da comunidade e à produção social da subjetividade. É preciso inventar um novo conceito. “Todos, sem exceção, estavam aprendendo e capacitando-se em serviço, pois que ninguém era “formado” médico ou enfermeiro de família, e muito menos agente comunitário de saúde”.

O atendimento em grupo é realizado, pela maioria dos profissionais, como uma forma de atender a alta demanda de usuários que são encaminhados ao serviço.

Quanto às práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças, os profissionais integram uma equipe interdisciplinar:

*(...) realizamos dinâmicas de grupo e a pouco tempo também implantamos um grupo que chamamos de qualidade de vida, onde eu e o cardiologista trabalhamos juntos, ele entra com a parte médica, com esclarecimentos sobre remédios e tratamentos e eu, com a parte psicológica. (...)* (Iolanda)

*(...) As discussões dos casos são decisivas para o tratamento do paciente. Tem casos que a dosagem da medicação chega a diminuir devido à associação desta com a terapia individual. (...)* (Larissa)

Segundo Oliveira (2005, p. 299), a prática psicológica ainda não reflete, de maneira significativa, as discussões sobre sua relevância social e sobre uma atuação condizente com as diferentes realidades dos usuários dos serviços públicos de saúde.

No entanto, essa mesma autora coloca que não seria justo atribuir esse fato tão somente aos profissionais da Psicologia, apontando, desta forma, o forte direcionamento do SUS para práticas individualizantes e curativas que direcionam seu trabalho.

### 5. Descrições de saúde: a velha historinha e alguns desencontros

Quanto à descrição de saúde no discurso das profissionais entrevistadas, foram construídos dados a respeito de como os psicólogos descrevem a saúde.

A saúde é descrita, pela maior parte dos entrevistados, como um bem-estar físico, psíquico e social, tal como proposto pela Organização Mundial de Saúde.

*(...) a saúde é muito importante para o indivíduo. Deve ser vista como algo primordial pelos governantes e não tratada com descaso. Todos devem estar bem, com saúde, tanto mental como fisicamente. (...) (Mariana)*

Através das descrições de saúde apresentadas pelos profissionais, percebemos falas estereotipadas, que reproduzem um conceito aprendido, mas não refletido, o que aponta para uma concepção a - crítica a respeito da saúde.

Assim, a partir dessas falas, podemos notar certo distanciamento dos profissionais em relação ao tema saúde, colocando-a como uma “velha historinha” da Organização Mundial da Saúde, ou seja, como algo aprendido para se contar, mas que não corresponde à realidade do que vivenciam em suas práticas cotidianas. Duas das entrevistadas questionam essa descrição de saúde, ou seja, o discurso acerca da saúde produzido pelos profissionais dessa área do serviço público:

*(...) saúde! São tantas coisas que vem em mente! É uma prioridade, ela está ligada com o emocional, físico e mental. O ser humano precisa está bem como um todo para não somatizar. É prioritário que o governo volte mais a atenção para essa área porque se tem muito a se trabalhar. Saúde é fundamental. Também tem o conceito da O. M. S., estar bem fisicamente, mentalmente. Pegando isso ao pé da letra, existe alguém totalmente sã?(...) (Iolanda)*

*(...) saúde é um estado de equilíbrio, entre mente e corpo. Mas, não sei se isso existe. Há sempre alguma parte insatisfeita.(...) (Larissa)*

O Sistema traz implicado na sua construção uma perspectiva de saúde muito mais ampla do que a simples ausência de doença, denominada pela Medicina clássica e da qual os cursos de Psicologia, em sua maioria são herdeiros: estar saudável é estar sem doenças. O conceito presente no SUS amplia fundamentalmente a saúde para um bem-estar que implica uma perspectiva regida pela coletividade, fruto do controle social e de uma concepção não individualizada do adoecer, que era outra questão muito importante,

conforme previsto na Lei que regulamente o SUS, 8080/90. É muito importante haver um descentramento dessa idéia do adoecer psíquico e mental. (HOENISCH, 2000)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal intenção desse trabalho foi refletir sobre algumas questões relativas à atuação dos psicólogos nos serviços públicos de saúde do município de Lagarto (SE), pois achamos que a Psicologia deve cada vez mais estar engajada a uma proposta mais social, com práticas e produção mais modernas e libertárias.

De acordo com a análise, os principais resultados apontados foram: a escolha pelo trabalho em serviço público em busca de um trabalho na área clínica e remuneração estável; falta de formação dos profissionais para o trabalho no serviço público; a descrição dos aspectos positivos e negativos da realização dos seus trabalhos; atividades em grupo realizadas como forma de atender a demanda; presença de atividades relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças; e descrição de saúde de forma estereotipada, havendo divergências entre as descrições dos psicólogos e as que eles consideram sendo as dos demais profissionais da equipe e da clientela atendida.

Levando em consideração os discursos das profissionais ouvidas, pudemos perceber, como se dá toda a atuação dos psicólogos, desde a formação; as descrições de saúde, suas perspectivas quanto ao trabalho, aos demais profissionais da equipe na qual trabalham e dos usuários que procuram o serviço; os motivos pelos quais optaram por trabalhar na saúde pública; e, finalmente, as suas práticas profissionais.

Percebe-se que quando os psicólogos se reconhecem como profissionais da saúde poderão propor ações que tenham um caráter mais amplo, envolvendo atividades que se refiram aos aspectos educacionais para a promoção da saúde; aos aspectos relacionados à organização e funcionamento tanto do sistema de saúde quanto da instituição em que estão inseridos; e ao apoio, assessoramento e práticas conjuntas e integradas com os demais integrantes da equipe de saúde da instituição.

Como as práticas dos profissionais entrevistados em muito se assemelham às relatadas por diversos estudos, isso nos dá indícios de que este modelo de atuação não se

restringe aos psicólogos do município em questão. Nesse sentido, as reflexões e questionamentos aqui apresentadas podem enriquecer ainda mais as já presentes na literatura da área, contribuindo para a construção e consolidação de práticas psicológicas mais condizentes com as atividades propostas na atenção primária.

Encerrando este trabalho, achamos importante salientar, que as questões e reflexões por nós levantadas não têm como intenção aumentar meramente as críticas em relação à descontextualização das atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos serviços públicos de saúde, e sim apontar questões que possam de alguma maneira, contribuir para que seja possível a construção coletiva de uma nova atuação psicológica em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. SUS passo a passo: gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001, 279p.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. 70ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BENEVIDES, Regina. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 2005, vol.17 n.2, ISSN 0102-7182.
- BLEGER, J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BOARINI, M. L. A formação (necessária) do psicólogo pra atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*, v. 1, n. 1, p. 92-132, 1996.
- BOCK, A. M. B. Eu caçador de mim: pensando a profissão de psicólogo. Em M. J. Spink. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. (pp.280-291), São Paulo: Brasiliense, 1993.
- CAMARGO-BORGES, Celiane; CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 2005, vol.17, n.2, ISSN 0102-7182.
- CAMPOS, Florianita Coelho Braga. Psicologia e saúde: repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 12-31.
- CONTINI, M. L. J. O psicólogo e a promoção da saúde na educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais *Estudos de Psicologia (Natal)*, 1998, vol.3, n.1, ISSN1413-294X.
- DIMENSTEIN, M. D. B. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 5 n. 1, p. 95-121, jan./jun. 2000.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência saúde coletiva*, v.8, n.2, p.371-378, 2003.

GOYA, Ana Carolina Abdala; RASERA, Emerson Fernando. A atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção Primária à saúde em Uberlândia, MG. [www.horizontecientifico.propp.ufu.br/include/getdoc.php?id=265&article=88&mode=pdf](http://www.horizontecientifico.propp.ufu.br/include/getdoc.php?id=265&article=88&mode=pdf)

LANCETTI, Antônio. *Saúdeloucura nº 7: saúde mental e saúde da família*. São Paulo, Hucitec, 1997.

LANCETTI, Antônio. *Saúdeloucura nº 7: saúde mental e saúde da família*. São Paulo, Hucitec, 2003.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência saúde coletiva*, v.6, n.2, p.269-291, 2001.

MELLO, S. L. *Psicologia e Profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática, 1975.

MENDES, Eugênio Villaça. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das praticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994. P. 310.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS. Tomo II*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SENNA, Mônica de Castro Maia; Souza, Rosimary Gonçalves de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência saúde coletiva*, v.7, n3, p.09-521, 2002.

NASCIMENTO, Célia A. Trindade do (organizadores). *Psicologia e políticas públicas: experiência em saúde pública*. Porto Alegre, CRP-7ª Região, 2004, p.11-21.

NOGUEIRA, R. P. Pessoal de saúde, a discussão teórica e a produção científica sobre o tema, in Nunes, E. D. (Coord). *As ciências sociais em saúde na América Latina*. Brasília, OPAS, 1985.

PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde: Política e Reforma Sanitária*. Salvador, CEPS-ISC 2002. 368p.

RIBEIRO, Eleonora Ramos de Oliveira; RIBEIRO, Joel de Paula; D'AVILA, Maria Antônia Maia. *Impacto da descentralização na reorganização dos serviços e ações de saúde*

no município de Aracaju-SE 2001-2003. Monografia Apresentada a Fundação Getúlio Vargas como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública. Aracaju, 2004, p.5-10.

ROMAGNOLI, R. C. A Formação dos Psicólogos e a Saúde Pública. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 2, São João del-Rei, dez. 2006.

SILVA, R. C. A formação em psicologia para o trabalho em saúde pública. Em F.C.B. Campos Psicologia e saúde: repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em:

<[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde&ol did=8894054](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde&ol did=8894054)>. Acesso em: 18/01/2008

## **ANEXOS**

**ANEXO A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO**



**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Nós, Letícia Gaspar Tunala Mendonça, pesquisadora responsável, Ana Ruth Batista de Oliveira e Maria do Carmo Rocha Vital, pesquisadoras colaboradoras e discentes do curso de Especialização em Gestão em Saúde Pública e da Família da FANESE, estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo descrever o trabalho dos profissionais de psicologia nos serviços de Atenção Primária do município de Aracaju (SE).

Se você aceitar participar da pesquisa deverá assinar um termo de consentimento em duas vias, ficando uma conosco e outra com você. Somente assine se estiver ciente dos possíveis riscos, tais como constrangimento frente a algum questionamento, falta de privacidade, algum tipo de identificação ou a lembrança de experiências constrangedoras que possam causar desconforto. Os dados adquiridos serão aplicados na construção do conhecimento sobre a gestão dos serviços e de pessoas no processo de trabalho em saúde, fornecendo subsídios para intervir na realidade local no que se refere à qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços., caracterizando os benefícios do estudo. Garantimos os devidos esclarecimentos acerca da justificativa, objetivos e procedimentos metodológicos (entrevista semi-estruturada) em qualquer etapa da pesquisa. Pedimos que autorize o uso de gravador durante a entrevista sabendo que as fitas gravadas serão transcritas pelas pesquisadoras e utilizadas para produção da monografia, publicação de artigos científicos e apresentação em eventos científicos e serão destruídas após a análise. E você terá a garantia de poder desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento em qualquer fase desta, com a exclusão de suas informações, após ouvir as gravações ou lerem as transcrições, sem que seja submetido a qualquer punição. Serão garantidos o sigilo que assegure a sua privacidade nos dados confidenciais relatados na entrevista, assim como suas necessidades e seus direitos. Desta forma, acredite que estará contribuindo para o avanço do conhecimento técnico-científico da Área de Psicologia.

Aracaju-SE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Letícia Gaspar Tunala Mendonça  
Pesquisadora Responsável  
e-mail: [tunasoma@usp.br](mailto:tunasoma@usp.br)

---

Ana Ruth Batista de Oliveira  
Pesquisadora colaboradora  
e-mail: [anaruth08@hotmail.com](mailto:anaruth08@hotmail.com)

---

Maria do Carmo Rocha Vital  
Pesquisadora colaboradora  
e-mail: [mariadocarmo\\_psi@hotmail.com](mailto:mariadocarmo_psi@hotmail.com)

**ANEXO B**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- 1) Conte-nos um pouco sobre sua formação como psicólogo(a). Tem alguma especialização?
- 2) Fale como se deu a escolha pelo trabalho no serviço público.
- 3) Quais os aspectos positivos e negativos do seu trabalho, e como estes influenciam suas práticas dentro do contexto de trabalho na saúde pública?
- 4) Relate sobre o seu dia de trabalho... atividades abordadas?  
Quais as atividades profissionais desenvolvidas?
  - Em relação ao acolhimento aos usuários da instituição?
  - E as atividades grupais?
  - Vocês desenvolvem alguma atividade relacionada à promoção da saúde e prevenção de doenças?
  - E as práticas relacionadas ao controle social, em especial as atividades que envolvem a participação da população na gestão do serviço e a participação em conselhos de saúde.
- 5) Como vê a relação entre você psicólogo(a) e as atividades que desenvolve em seu trabalho?
- 6) Como se dá a relação entre você psicólogo(a) e a equipe da UBS? Conte sobre as relações entre os diversos profissionais?
- 7) Pense por alguns instantes na palavra saúde. Que palavras, imagens ou frases vêm a sua mente.
- 8) Deseja realizar algum comentário acerca do trabalho do psicólogo que não foi abordado anteriormente?