



Actualidades en Psicología

ISSN: 0258-6444

actualidades.psicologia@ucr.ac.cr

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Costa Rica

Sousa Davi, Renata; Rodriguez Dominguez, Adriana; Vinícius de Araújo, Marcos;  
Montanar Franco, Erich

O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: relatos distantes do SUS

Actualidades en Psicología, vol. 30, núm. 120, 2016, pp. 71-83

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Jan sosé, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133246313007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: relatos distantes do SUS

### The psychologist in Health Centers: distant reports of SUS

Renata Sousa Davi<sup>1</sup>

Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Brasil

Adriana Rodriguez Dominguez<sup>2</sup>

Marcos Vinícius de Araújo<sup>3</sup>

Erich Montanar Franco<sup>4</sup>

Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil

**Resumo.** A pesquisa teve o objetivo de compreender as concepções acerca da saúde e do papel profissional entre psicólogos no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. Foram realizadas dez entrevistas com Psicólogos na região metropolitana da cidade de São Paulo. Levantaram-se informações sobre a trajetória profissional, o cotidiano de trabalho, o papel do psicólogo, as concepções de saúde, as orientações teóricas, além de expectativas e desafios. A Análise de Conteúdo das entrevistas aponta que as ações dos psicólogos são orientadas por pressupostos da prática clínica exercidas no âmbito do consultório particular. Os dados sugerem que a identidade profissional é sustentada pelos ideais clínicos e que as práticas são restritas à psicoterapia. As mudanças necessárias para uma atuação consonante com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), só ocorrerão se os espaços acadêmicos e profissionais se transformarem em ambientes democráticos de intensa reflexão crítica e de produção de novos saberes.

**Palavras Chave.** Psicólogos, Unidades Básicas de Saúde, Papel Profissional, Sistema Único de Saúde, Saúde Pública.

**Abstract.** The research aimed to understand concepts about health and the professional role between psychologists in daily Basic Health Units. Interviews were conducted with psychologists at the metropolitan region of São Paulo. We raised information about the professional trajectory, the daily work, the role of the psychologist, the concepts of health, theoretical orientations, beyond the expectations and challenges. The Content Analysis of the interviews points that the actions of psychologists are still guided by assumptions of clinical practice exercised in the scope of private practice. The data suggests that the professional identity is supported by clinical ideals and the practices are restricted to psychotherapy. However, the necessary changes for a performance in line with the principles of the Unified Health System (SUS) will only occur if the academic and professional spaces transform into democratic environments of intense critical reflection and of production of new knowledge.

**Keywords.** Psychologists, Health Centers, Professional Role, Unified Health System, Public Health.

<sup>1</sup>Renata Sousa Davi. Psicóloga Residente em Saúde Coletiva e Atenção Primária - Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo – Dpto Medicina Preventiva. Endereço para Correspondência: Rua Martinico Prado, nº 90, apto 11. Vila Buarque. São Paulo-SP, Brasil; CEP: 01224-010. Email: [repsico@hotmail.com.br](mailto:repsico@hotmail.com.br)

<sup>2</sup>Adriana Rodrigues Domingues. Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil. Email: [adriana.domingues@mackenzie.br](mailto:adriana.domingues@mackenzie.br)

<sup>3</sup>Marcos Vinícius de Araújo. Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil. Email: [marcosaraujo@mackenzie.br](mailto:marcosaraujo@mackenzie.br)

<sup>4</sup>Erich Montanar Franco. Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil. Email: [erich.franco@mackenzie.br](mailto:erich.franco@mackenzie.br)



## Introdução

Para analisar criticamente o papel do Psicólogo no Campo da Saúde é preciso considerar as transformações pelas quais a sociedade brasileira vem passando desde o final dos anos 1980. Dentre as mudanças sociais, destacamos o processo de redemocratização e, associado a ele, os debates sobre a assistência à saúde no Brasil que assumem forma na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse novo modelo, as ações de atenção básica à saúde ganharam maior importância e passaram a ser um grande campo de inserção do psicólogo (Freire & Pichelli, 2010; Lima, 2005; Mazer & Melo-Silva, 2010; Medeiros, Bernardes & Guareschi, 2005; Monteiro et al, 2014; Nascimento, Manzini, & Bocco, 2006; Reis & Guareschi, 2010).

Quando inseridos nos serviços de atenção básica à saúde, esses profissionais se depararam com uma realidade complexa e, em muitos casos, muito distinta do seu universo sociocultural, o que dificulta o reconhecimento e o entendimento das demandas da população usuária desse serviço. Este cenário é marcado por injunções políticas historicamente apoiadas em práticas técnicas que reproduzem relações de dominação. Dessa forma, ao se reconhecer a saúde como um processo social e histórico, que supera os limites cartesianos do modelo biomédico, coloca-se o desafio de transformar as práticas em saúde para que atendam os sujeitos e seus coletivos em sua integralidade (Freire & Pichelli, 2010; Lima, 2005; Mazer & Melo-Silva, 2010; Medeiros, Bernardes & Guareschi, 2005; Monteiro et al, 2014; Nascimento et al., 2006; Reis & Guareschi, 2010).

### *SUS: História e Princípios*

O processo histórico que culminou com a proposição do SUS precisa ser destacado, pois a sua retomada revela que, para além de uma reorganização dos serviços públicos de saúde, o que se propunha era um projeto de sociedade democrática e justa que implicava, entre outras questões, na ampla reforma das formas de pensar a saúde. Nesse sentido, grande importância deve ser reputada ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que, em meio à luta contra a ditadura militar,

contou com a participação de intelectuais, lideranças políticas, estudantes, gestores públicos e movimentos sociais (Campos, 2000; Scarcelli & Junqueira, 2011). No decorrer desse processo político, foi possível o consenso de que a saúde estava condicionada aos diversos determinantes sociais e que era um direito universal, portanto, deveria ser concretizado por meio de uma política pública (Campos, 2000; Mattos, 2009).

O grande marco histórico dessa luta foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujas resoluções foram defendidas pelos militantes sanitaristas na Assembleia Nacional Constituinte nos anos de 1987 e 1988. Deste modo, a primeira conquista do Movimento Sanitário se consolidou com o artigo 196º da Constituição Federal de 1988:

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

Assim, são princípios doutrinários do SUS: i) universalidade, que reconhece a saúde como direito de todos, sendo dever do Estado à provisão de serviços e ações a fim de garanti-lo; ii) equidade, afirma que perante o sistema de saúde todo cidadão é igual e deve ser atendido sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; iii) integralidade, as ações de saúde devem conjugar a proteção, promoção e recuperação da saúde, individuais ou coletivas, exigidos para cada caso abrangendo todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990).

As contribuições do movimento da Reforma Sanitária que se apresentaram neste contexto, procuraram criar condições para que os conceitos de cidadania e democracia fossem incorporados a estas novas práticas de cuidado, garantindo a inseparabilidade entre os processos de produção de saúde e os processos de produção de subjetividade. Dessa forma, as proposições do SUS deveriam impulsionar novos modos da saúde produzir subjetividades, pois ser cidadão e sujeito de direito equivale a uma nova forma dos indivíduos viverem e de se relacionarem consigo e com o mundo. Sendo assim, a saúde deixou de ser

pensada como a ausência de doenças e passa a ser considerada em sua multidimensionalidade, como uma questão plural e coletiva, constituída por processos biológicos, psicológicos e sociais, assim como políticos, econômicos, culturais e religiosos (Medeiros, Bernardes & Guareschi, 2005; Carvalho, 2009; Freire & Pichelli, 2010).

Contudo, o SUS incorporou apenas algumas das aspirações desse movimento, pois, com base na visão neoliberal, legitimou-se também o direito à exploração da assistência à saúde pela iniciativa privada. Atualmente, encontramos no Brasil uma mescla de duas tradições polares: a liberal-privatista, na qual a saúde é tida como um mercado a ser explorado para a acumulação de capital e a do sistema nacional público de saúde, que concebe a saúde como um bem público que deve ser garantido pelo Estado. Em consonância com a lógica neoliberal, estimula-se a responsabilização e a capacidade empreendedora dos indivíduos para lidarem, por conta própria, com os riscos que os ameaçam, produzindo um sujeito-cidadão submetido a modos de vida regulados a partir de uma estratégia biopolítica (Campos, 2000; Mattos, 2009; Carvalho, 2009; Scarcelli & Junqueira, 2011).

Consequentemente, apesar dos inúmeros avanços, o SUS, que foi se desenhando na vida cotidiana da população, deflagrava a baixa qualidade dos serviços prestados, expressada na insuficiência de profissionais, nos problemas de financiamento, na falta de medicamentos, nas filas de espera, na desigualdade de atendimento e na inexistência de articulação entre os serviços (Scarcelli & Junqueira, 2011). Ao refletir sobre esse quadro, se reconhece que a legitimação do SUS depende da transformação das práticas e dos modos de organização dos serviços de saúde, de modo que a qualidade se revele na garantia de acesso adequado às ações e serviços e na capacidade de responder as necessidades de saúde dos usuários (Mattos, 2009).

#### *Psicologia na Saúde Pública*

As conquistas associadas à formulação e ao início da implantação do SUS favoreceram o reconhecimento e a incorporação de diversas categorias profissionais

na organização dos serviços de saúde, dentre elas, os psicólogos que, desde o final da década de 80, encontraram nas UBS um novo campo de atuação (Carvalho, Bosi & Freire, 2009; Dimenstein, 1998). Segundo Dimenstein (1998), os fatores que contribuíram decisivamente para a entrada de psicólogos nas UBS incluem também retrações na demanda pelo atendimento privado devido a grande crise econômica vivida no período. Dessa forma, os psicólogos passaram a reconhecer no serviço público a saída para o declínio dos atendimentos psicológicos privados.

No momento em que passaram a compor as equipes das UBS, os psicólogos compartilhavam uma identidade profissional apoiada no modelo clínico, cujos pressupostos centravam-se no indivíduo e seu funcionamento intrapsíquico. Os aspectos sociais acabavam sendo negligenciados e as práticas psicológicas eram acompanhadas de um discurso despolitizante, sustentado por um ideal de neutralidade da ciência e da técnica. Assim, diversos autores ressaltam que, historicamente, o objetivo da atuação dos psicólogos tem sido a resolução de problemas de ajustamento dos indivíduos (Benevides, 2005; Boarini, 2007; Macedo & Dimenstein, 2010; Mazer & Melo-Silva, 2010; Nascimento, Manzini & Bocco, 2006; Reis & Guareschi, 2010; Monteiro et al, 2014).

Estudos sobre o trabalho dos psicólogos nas UBS apontam que esses profissionais realizaram uma transposição direta dos pressupostos da clínica tradicional para o serviço público de saúde. Isto porque o fazer cotidiano tem se caracterizado exclusivamente pela realização de triagens, de psicodiagnósticos e de psicoterapias de base psicanalítica (Böing & Crepaldi, 2010; Carvalho et al., 2009; Dimenstein, 1998; 2000; Lima, 2005). A dificuldade de adequar a predominante formação psicanalítica a esse modo de tratamento mais preventivo também foi constatada em levantamentos realizados pelo Conselho Regional de Psicologia da 6ª região sobre a prática do psicólogo em UBS. Segundo este órgão, os psicólogos assinalaram que as atividades psicológicas de maior ocorrência são: psicoterapia de adulto, psicodiagnóstico, ludoterapia, orientação a gestante e hipertensos; e os recursos técnicos utilizados

são a entrevista, a psicoterapia individual, testes, psicoterapia breve, observação lúdica, psicoterapia grupal, observação, dinâmica de grupos e grupos operativos (Jackson & Cavallari, 1991; Campos & Guarido, 2007).

Ao utilizar essas tecnologias de trabalho, os psicólogos têm se deparado com uma baixa busca espontânea pelos atendimentos, um acréscimo nos casos de desistências, atrasos e faltas, além da dificuldade de compor equipes interdisciplinares. Entretanto, esses profissionais não associam que a pouca aderência em muitos casos pode estar relacionada à baixa capacidade das ações em responder às necessidades de saúde dos usuários (Böing & Crepaldi, 2010; Carvalho et al., 2009; Dimenstein, 1998; 2000; Lima, 2005).

Apesar da constatação da necessidade de mais psicólogos nas UBS, retratada por outros profissionais, estes “não sabem expressar o que se espera deles, tampouco conhecem outro tipo de ação desse profissional que não seja a psicoterapia” (Yamamoto et al., 2004, p. 83); além disso, os psicólogos agem como se fossem profissionais liberais, isto é, trabalham de maneira independente da equipe e se limitam a receber encaminhamentos e emitir laudos e pareceres para os profissionais que os solicitam. Esta postura descaracteriza a autonomia presente nos serviços públicos, visto que não necessitam responder a outros profissionais e dificilmente encontram supervisão clínico-institucional para que possam repensar sua implicação em relação ao serviço em que está inserido.

Podemos entender que estas práticas psicológicas são reforçadas pela ideologia neoliberal presente na organização dos serviços de saúde e discutida acima. Neste modelo, o psicólogo atua a partir das demandas que lhe são encaminhadas (e não a partir de uma busca ativa das demandas que não lhe chegam) e a partir dos referenciais teóricos e metodológicos que lhe são convenientes e familiares (e não a partir dos princípios das políticas públicas). Essa cultura profissional psicologizante impõe a ideia de que a psicoterapia é sinônimo de atuação psicológica, ocasionando a “ausência de inovações teóricas que se apliquem efetivamente no setor público de saúde [...]”

que se isolam em suas salas, e diante da necessidade de responder a uma demanda crescente, optam por fazer o que tradicionalmente se espera deles” (Yamamoto et al., 2004, p. 85-86).

Não se trata de dizer que não é possível a atuação clínica na saúde pública, mas afirmar que este não deve ser o único modelo de trabalho, já que os usuários dos serviços de saúde possuem demandas diferenciadas ocasionadas por uma multiplicidade de fatores. Campos e Guarido (2007) discorrem sobre a importância do psicólogo perceber as demandas que lhe são impostas por outro foco, distinguindo diagnóstico de queixa e de demanda. A grande demanda atendida nos serviços de atenção básica se refere às condições socioculturais em que este indivíduo vive e que produzem certa maneira de sentir-se “gravemente” afetado por elas, por isso recorre ao serviço de saúde. Desta forma, os psicólogos que atuam nestes serviços devem estar preparados para desenvolver ações que se dirijam para a prevenção destas formas de sofrimento e a promoção de outras formas de produzir saúde.

Rasera e Rocha (2010) apontam que alguns psicólogos tentaram produzir novas formas de atuação por meio de práticas grupais. Contudo, a maioria desses profissionais declarou dificuldades em ocupar o papel de coordenador de grupo devido ao despreparo técnico. Esses autores afirmam que, em muitos momentos, a aplicação dessa modalidade de trabalho é reproduzida de forma acrítica, apenas para atender as exigências de produtividade e diminuir a lista de espera para o atendimento.

Diante deste quadro e devido ao pequeno alcance social de suas intervenções, muitas críticas foram dirigidas aos modelos de atuação psicológica nos serviços públicos de saúde. Por isso, muitos estudos científicos buscaram avaliar o trabalho dos psicólogos e propor novas formas de atuação socialmente comprometidas. Essas pesquisas revelaram que a formação acadêmica dos psicólogos ainda está baseada em um modelo clínico privado e individual, que não reconhece as diferenças que se constroem a partir das diversas realidades sociais, limitando a atuação e dificultando a criação de alternativas coerentes com



os pressupostos e diretrizes do SUS. (Benevides, 2005; Dimenstein, 2000; Lima, 2005; Jackson & Cavallari, 1991; Rasera & Rocha, 2010).

Esses estudos também apontam que os psicólogos devem superar os enfoques individuais e intrapsíquicos para que possam transformar os modos de execução das políticas públicas por meio de ações que promovam: o trabalho em equipe, a mobilização dos coletivos para atuar frente às condições sociais do seu contexto, a articulação da atenção básica com a rede de serviços públicos, a busca por referenciais teóricos interdisciplinares, o fortalecimento da participação popular e o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, preservando e promovendo a autonomia e o protagonismo (Benevides, 2005; Dimenstein, 1998; Lima, 2005; Macedo & Dimenstein, 2010; Rasera & Rocha, 2010).

Nesse artigo, são apresentados os resultados de uma pesquisa realizada com psicólogos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e teve como objetivo compreender as concepções acerca da saúde e do papel do psicólogo, o que esses profissionais produzem e reproduzem no seu cotidiano de trabalho. Buscou-se, dessa forma, uma aproximação das concepções e posicionamentos que orientam seus modos de atuação.

## Método

A fim de contribuir para a ampliação do debate sobre a prática do psicólogo no Campo da Saúde, entrevistamos dez psicólogos que atuam nas UBS de um município da região metropolitana do Estado de São Paulo. Dois profissionais trabalham há mais de vinte anos, um foi contratado há onze anos e sete há aproximadamente quatro anos. Todos participaram após consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais orientadas por um roteiro que abordou o cotidiano dos entrevistados, suas concepções sobre saúde, a trajetória profissional, a relação com os usuários, o papel dos psicólogos e suas práticas, os desafios e as expectativas para o serviço e avaliação do trabalho desenvolvido. Durante as entrevistas os participantes foram convidados a se expressar livremente sobre seu trabalho, pois partimos do pressuposto de que durante

o diálogo a fala revela condições estruturais, valores e normas, que são elaboradas a partir das vivências que ocorrem em um contexto específico (Minayo, 2010).

O conteúdo das entrevistas foi organizado de acordo com as temáticas do próprio roteiro. Contudo, cada entrevista foi analisada em sua integralidade, apenas posteriormente os conteúdos foram agrupados em um único corpus. Entende-se que as concepções de saúde não se expressam isoladamente, mas na ação discursiva articulada como um todo e produzida na interação com o pesquisador.

## Resultados e Discussão

### *Da Formação Acadêmica ao Dia a Dia*

As primeiras indagações remetidas aos entrevistados tinham o objetivo de compreender como os sujeitos desta pesquisa avaliavam as contribuições da formação acadêmica para sua atuação nas UBS. Dentre os dez participantes desta pesquisa, nove reconheceram que as disciplinas cursadas na graduação não se relacionavam à realidade das UBS.

Segundo eles, tanto os pressupostos teóricos quanto as técnicas aprendidas eram predominantemente relacionadas à clínica tradicional e orientadas para o atendimento individual, o que corrobora com as discussões trazidas por Benevides (2005), Dimenstein (1998; 2000), Lima (2005) e Rasera & Rocha (2010) no que se refere à incompatibilidade da formação acadêmica com os pressupostos e diretrizes do SUS. O fragmento abaixo representa o exposto:

(...) esse é um tema que está muito em voga, do quanto é deficiente, do quanto deixa a desejar a formação dos profissionais, principalmente dos psicólogos que saem crus sem nenhuma noção de como se atua em uma Unidade Básica ou em um Hospital Geral, a formação que eles dão é uma formação de consultório e a realidade que a gente está inserida é outra, então se você perguntar em que medida a formação acadêmica contribuiu para a minha atuação aqui na UBS, eu digo que foi muito pouco, acho que eu posso falar nula (Entrevistado 2).

Apesar de afirmarem a incompatibilidade entre a realidade do serviço e as teorias e técnicas aprendidas, os

entrevistados relataram seu constante esforço em busca da adaptação do modelo do consultório privado ao dia a dia do serviço de saúde. Embora eles reconheçam que a formação acadêmica não ofereceu subsídios para a atuação na UBS, a maioria dos psicólogos continuou seus estudos voltados para o aprimoramento clínico ou para o estudo das psicopatologias e nenhum deles buscou aperfeiçoamento profissional relacionado à atuação no SUS. Isso sugere que os entrevistados não reconhecem a limitação do modelo clínico para as UBS.

Percebe-se que o que está em jogo é a dificuldade de ajustar as técnicas psicoterápicas aprendidas durante a formação à dinâmica do serviço de saúde. Conforme Macedo e Dimenstein (2010), a identidade profissional dos psicólogos é orientada para a reprodução de técnicas e experiências do fazer clássico, como a observação, o psicodiagnóstico, os testes e a psicoterapia. Compreendemos que se trata de uma insatisfação quanto a uma prática clínica adaptada às condições operacionais do serviço. O fragmento abaixo auxilia a ilustrar esse ponto:

Eu fiz alguns cursos voltados para o atendimento do público adulto, esses cursos eram de orientação Junguiana. Também fiz alguns cursos de testes psicológicos, mas infelizmente aqui a gente não tem, eu já te adianto que aqui na UBS a gente não tem testes, a gente não tem como fazer psicodiagnóstico que precisa, mas a gente não faz (Entrevistado 10).

A partir dos relatos dos entrevistados foi possível observar a existência de uma grande diversidade de referenciais teóricos: quatro entrevistados relataram que orientam seu trabalho pela Psicanálise, três pela Psicologia Comportamental, um pelo Psicodrama, dois pela Psicologia Analítica Junguiana e dois pela Psicoterapia Breve. Ressaltamos que dois entrevistados mencionaram mais de um referencial. Entretanto, todas as teorias citadas se restringem a Psicologia, não houve menção, por exemplo, a enfoques interdisciplinares ou multidisciplinares. Os princípios do SUS também não foram citados como elementos norteadores do trabalho.

Apesar dessa variedade, ao indagar-se sobre a prática, não houve menção às formas de aplicação dessas vertentes. Assim, para todos os entrevistados,

as limitações não dizem respeito aos modelos teóricos, mas às limitações objetivas do serviço que não são suficientes para o bom atendimento clínico, conforme verbalizou um dos entrevistados:

Eu me oriento pela Psicanálise, mas na verdade aqui a gente não tem como escolher uma linha da Psicologia e falar: “ah eu vou trabalhar nessa linha”, porque aqui é uma Psicoterapia Breve. Até mesmo alguns assuntos você fala: “não dá para trabalhar com a Psicanálise porque me demandaria muito tempo”. Então, a gente acaba utilizando de alguns referenciais para fazer a prática da Psicoterapia Breve (Entrevistado 1).

Questionados de forma direta sobre o conceito de saúde, seis participantes destacaram sua dimensão biopsicossocial. Para esses profissionais, a saúde é constituída por fatores biológicos, psicológicos e sociais, o que demonstra familiaridade acerca das atuais definições sobre saúde. No entanto, apesar do reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença, os relatos sobre as práticas não indicam apropriação dessa concepção ampliada e da condição política do trabalho do psicólogo a ponto de se produzir novas práticas como as de promoção da saúde e prevenção da doença com foco na integralidade.

Isto é o que se observa quando os entrevistados comentam sobre o grande volume de encaminhamentos que recebem de crianças e adolescentes com queixas escolares. Neste caso, os principais solicitantes são escolas públicas localizadas no entorno das UBS. Dos sete psicólogos que atendem crianças e adolescentes, seis apontaram que a principal queixa recebida consiste na dificuldade de aprendizagem. Contudo, para três profissionais essa queixa não se configura verdadeiramente como uma dificuldade de aprendizagem, mas resulta da precariedade do ensino. A despeito das críticas ao ensino público, nenhum dos entrevistados assinalou a importância do diálogo com as escolas, no que diz respeito aos encaminhamentos dessas crianças e adolescentes para o atendimento psicológico. Ao contrário, dão prosseguimento ao atendimento clínico ou encaminham para a clínica escola de uma universidade particular de um município vizinho. Dessa forma, acabam por contribuir para a

psicologização dos problemas escolares. Conforme exemplificado no trecho a seguir:

De queixa o que aparece bastante é a dificuldade de aprendizagem, principalmente quando é encaminhado pela escola. Assim, são crianças que não estão alfabetizadas na idade exigida pela escola, e que muitas vezes a gente vê que nem é uma questão de dificuldade de aprendizagem e sim a precariedade do ensino mesmo, mas eles acham que o que deve ser feito é encaminhar para o psicólogo, então a gente atende, mas eu não tenho formação para lidar com dificuldade de aprendizagem né? (Entrevistado 3)

As informações coletadas indicam que os diversos fatores componentes da saúde são concebidos isoladamente e a dimensão social dos sujeitos parece ser frequentemente desconsiderada, ao passo que a perspectiva moral, individualizante e com foco na doença é predominantemente identificada nos discursos. Além disso, é importante destacar os sentimentos de impotência diante da pobreza, que é considerada como uma condição dos indivíduos e não como resultante de uma estrutura social. Assim, as situações de opressão não são discutidas, o que revela uma perspectiva a-histórica dos sujeitos.

A saúde pra mim ela ocorre assim em várias áreas, não só no físico, mas no psíquico. Promover saúde é fazer com que as pessoas tenham um entendimento daquilo que elas podem explorar de si mesmas, fazê-las entender a capacidade que elas têm, para não ficar em um estado de acomodação que muitas vezes elas vivem. (Entrevistado 1)

Porque assim com o trabalho que a gente faz aqui ele sai daqui que é um ambiente de acolhimento, de afeto e ele chega nessa favela ou nessa casa mesmo e é tudo desfeito. E eu falo para a mãe se você não adotar seu filho alguém adota ou é o traficante ou são as drogas, seja lá quem for. Isso é muito frustrante, então a gente faz o que a gente pode para a saúde dentro de uma UBS. Mas a maioria é muito carente, quando a gente fala de saúde essas pessoas chegam aqui de todas as maneiras doentes (Entrevistado 10).

De acordo com as entrevistas, os usuários atendidos são majoritariamente adultos do sexo feminino. Essas mulheres também são inseridas no serviço por meio de

encaminhamentos médicos das diversas especialidades, principalmente de médicos psiquiatras. A demanda mais recorrente é a depressão, que acaba sendo restrita a psicopatologia. Nesses casos, os psicólogos se limitam a realizar atendimentos psicológicos, sem estabelecer um diálogo com os médicos que encaminharam. Verifica-se, pois, que não há indícios de um trabalho interdisciplinar. Diante desse quadro, compreendemos que as demandas trazidas pelos usuários não têm sido problematizadas e acabam sendo definidas pelo conteúdo dos encaminhamentos. Assim, parece que esses psicólogos atuam quando a “doença” já está instalada, de modo a atender as demandas geradas por outras especialidades e instituições sem problematizá-las.

No que diz respeito ao papel do psicólogo nas UBS, oito entrevistados afirmaram que devem ouvir, acolher, ajudar, orientar e encaminhar. Segundo eles, seu papel nas UBS é distinto do fazer clínico tradicional e, portanto, mais adequado, uma vez que não consideram, por exemplo, ser apropriado realizar nas UBS um processo de análise pessoal. Parece haver uma crença de que a Psicanálise consiste em uma solução ideal universal que é impedida pela precariedade da infraestrutura e pela limitação dos usuários do serviço. Pouco se reflete acerca de novas possibilidades para o trabalho em saúde, pois as limitações dos referenciais adotados frente a uma realidade complexa e diversa daquela de seu grupo de origem não são reconhecidas.

(...) aqui também você faz mais acolhimento, assim é outro enfoque, aqui é mais um acolhimento mesmo, porque é uma população muito carente, eles são muito concretos, abstraem muito pouco, aqui é mais acolhimento, orientação, escuta, as pessoas precisam ser ouvidas, então se você falar assim: ‘Eu faço análise numa UBS’ é muito questionável. (Entrevistado 2)

Vamos dizer que eu consigo transpor uns 60%. É sabido pelos profissionais de Psicologia que a gente tem que ter um ambiente propício para fazer uma Psicanálise, muitas vezes o espaço físico da UBS não nos propõe para fazer uma Psicanálise ao pé da letra, a gente meio que improvisa, mas dá sim com certeza (Entrevistado 6).



Há consenso entre autores como Benevides (2005), Dimenstein (1998; 2000), Freire e Pichelli (2010), Lima (2005), Mazer e Melo-Silva (2010), Rasera e Rocha (2010) que aplicar a Psicanálise é um papel limitado, pois como diria Martín-Baró (1997) é equívoco buscar respostas para os problemas de saúde das populações nas raízes intrapsíquicas e individuais dos sujeitos, sem compreender as necessidades de saúde das coletividades.

Apenas dois profissionais reconhecem que o papel do psicólogo deveria ser mais amplo, incluindo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, sendo desenvolvidas nas UBS e nos espaços comunitários. Além dessas considerações, ressaltaram que a exigência da produtividade, os conflitos ideológicos, as mudanças políticas são fatores que impedem a operacionalização dessas novas perspectivas.

(...) eu acho que o papel do psicólogo é atuar mais no trabalho preventivo, acho que deveriam ter outros grupos na sala de espera onde a gente pudesse conversar sobre assuntos do dia a dia, que pudesse a partir daí ver quais são as dificuldades desse público, deveria ter acompanhamento de adolescentes grávidas, mais planejamento familiar, grupos com mães de recém-nascidos, enfim outros grupos preventivos (Entrevistado 7).

(...) eu acredito que na UBS nós deveríamos desenvolver um trabalho mais comunitário voltado para as necessidades não só do grupo terapêutico, mas indo até a comunidade fazendo, por exemplo, palestras, grupos de orientação, grupos com gestantes, grupos com hipertensos (Entrevistado 8).

Quando questionados sobre o cotidiano de trabalho obtivemos respostas diversas, mas que guardavam em si certa similaridade, pois as práticas mais frequentes eram as triagens, os atendimentos psicológicos, em grupo ou individual, e os encaminhamentos. A modalidade mais recorrente entre os profissionais são os atendimentos psicológicos em grupo. Como características gerais, identificamos que os grupos são organizados sem estabelecer uma quantidade fixa de sessões e são compostos de sete a nove pessoas, de ambos os sexos e com diversas queixas, sendo separados apenas pela faixa etária. Os grupos são semanais e o tempo de duração é

estabelecido por cada terapeuta, variando entre quarenta e cinco minutos à uma hora e quarenta minutos.

Partindo dos relatos, pode-se afirmar que critérios técnicos foram substituídos pelos de ordem econômica, o que corrobora com aspectos trazidos por Rasera e Rocha (2010), pois na maior parte dos casos os atendimentos em grupos são organizados com o objetivo de atender a grande quantidade de encaminhamentos recebidos de médicos e instituições de ensino e saúde, ou seja, os atendimentos em grupo são estabelecidos com o objetivo de cumprir a exigência da produtividade, uma vez que sete profissionais relataram desconhecer as teorias e técnicas das práticas grupais.

A maioria dos meus atendimentos são em grupo, até mesmo por causa da demanda é muita gente não dá tempo de atender individual, os individuais acabam sendo mais os casos encaminhados do conselho tutelar ou os casos mais graves (Entrevistado 5).

Quando questionados sobre o trabalho interdisciplinar, todos os psicólogos afirmaram que esse tipo de ação não é comum nas UBS devido à falta de tempo dos profissionais e a grande demanda. De modo geral, o contato com os médicos é realizado por meio de prontuários ou breves conversas informais nos corredores. Quanto ao trabalho em rede, os psicólogos realizam encaminhamentos para diversas instituições públicas e privadas como, por exemplo, atendimentos oftalmológicos, fonoaudiólogos, psicopedagógicos e psiquiátricos. Porém, nenhum deles reconheceu que a construção da rede é uma das ações a ser desenvolvidas por ele.

Ao indagar-se sobre quais desafios e expectativas os profissionais encontram no seu cotidiano na UBS, nos deparamos principalmente com respostas relacionadas às condições de trabalho, como por exemplo, a falta de infraestrutura das salas de atendimento, a carência de recursos materiais e a exigência da produtividade. Nenhum dos entrevistados se referiu aos baixos salários e a precariedade dos contratos de trabalho. Fato relevante uma vez que, dos dez entrevistados, apenas dois eram concursados e oito trabalhavam com contrato de trabalho que era renovado a cada dois anos. Ressaltamos que esse tipo de vínculo desvaloriza a carreira e pode acentuar o descompromisso com o

serviço e o seu aprimoramento, inibindo a participação política e diminuindo a autonomia para inovar, aspectos importantíssimos para o trabalho na saúde.

As críticas também não diziam respeito às limitações da formação profissional e às teorias e técnicas adotadas frente a uma realidade historicamente complexa e diversa, que exigiria a produção de novos saberes e fazeres em saúde conforme apontado por Boarini (2007), Dimenstein (1998; 2000), Freire e Pichelli (2010), Nascimento et. al (2006), Reis e Guareschi (2010) e Scarcelli e Junqueira (2011).

É necessário, porém, refletir como os psicólogos podem pensar em outras formas de atuação se ocorre uma ação institucional que, além de precarizar o serviço, afirma que a prática clínica deve ser realizada em grande escala. Assim, afirmamos que o serviço também precisa ser um espaço instituinte de novas proposições de trabalho, que devem ser elaboradas numa parceria entre os profissionais e usuários a partir da reflexão das necessidades de saúde local.

Como contraposição a este projeto neoliberal, e fortemente marcadas pela defesa das forças instituintes que deram origem ao SUS, outras práticas em saúde têm sido valorizadas tendo, como objetivo principal, não apenas a melhoria na qualidade técnica do atendimento, mas, sobretudo, na sua dimensão ética. Dispositivos e estratégias de intervenção, como as previstas pela Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, pela Estratégia Saúde da Família, pela Reforma Psiquiátrica, pela Política de Redução de Danos, entre outras, são fortalecidas e reinventadas, buscando reconstruir os espaços de sociabilidade entre os usuários, as redes de solidariedade entre os serviços e as formas de exercício de gestões mais participativas e democráticas. O que é comum a todas estas estratégias é a aposta nos processos de produção/reapropriação de subjetividades singulares, que provoquem o questionamento das políticas de caráter normativo e excludente. Trata-se de colocar em movimento o exercício ético, entendendo este como práticas de liberdade que são instauradas por meio de dispositivos que coloquem a capacidade inventiva da vida sempre em evidência.

Na avaliação dos resultados do trabalho desenvolvido, percebemos que os psicólogos consideram ter liberdade para atuar, uma vez que não existe nenhum acompanhamento ou método de avaliação por parte do serviço. Desse modo, oito entrevistados afirmaram que avaliam os resultados do seu trabalho por meio da melhora psicológica dos pacientes, que é identificada a partir da sua percepção enquanto profissional.

Bom da minha parte é como eu te disse eu sou muito livre, então eu fico o tempo que eu achar necessário, dou alta no tempo que eu achar necessário, eu acho que isso por um lado é muito bom, mas por outro lado eu acho que falta estrutura para eu me guiar, porque é isso acho que a minha lista de espera poderia estar menor, mas eu não sei como fazer diferente (Entrevistado 5).

No município em questão existe uma ouvidoria que recebe todos os tipos de reclamações dos usuários dos serviços públicos. Assim, três psicólogos ressaltaram que uma das formas de avaliar seu trabalho decorre da ausência de reclamação por parte dos usuários. Porém, é sabido que os serviços e os profissionais de saúde estabelecem relações de poder com os usuários que se sentem impotentes para reclamar. Além disso, a falta de reclamações não pode ser entendida como um instrumento de avaliação seguro, pois os sujeitos podem simplesmente aceitar as orientações sem sequer questionar. É interessante notar é a falta de crítica em relação ao próprio trabalho.

Existe uma ouvidoria na prefeitura que, se de repente, algum paciente fizer uma queixa ou coisa do tipo, mas uma avaliação, um feedback com relação ao seu trabalho não, eu acho que quem faz mais isso são os próprios pacientes conosco do que a própria coordenação. As reuniões que têm na coordenação são mais para falar sobre resultados e mudanças do que uma avaliação do trabalho em si (Entrevistado 1).

## Conclusões

Este trabalho não pretende ser conclusivo a respeito do papel do psicólogo nas UBS. Trata-se de uma aproximação das concepções que orientam as práticas (posicionamentos) de psicólogos no cotidiano das UBS, que aos poucos poderão ser aprofundadas na

medida em que forem realizadas novas investigações. Apesar disso, consideramos que os pontos discutidos podem servir para incrementar o debate.

Ao final da década de 1990, apontava-se que os psicólogos acabavam encontrando no serviço público a saída para o declínio dos atendimentos particulares. Quatorze anos se passaram e ainda nos defrontamos com o mesmo cenário no município estudado. Assim, os psicólogos entrevistados encontraram nas UBS possibilidades econômicas e abertura para o exercício da prática clínica.

Contudo, o trabalho na UBS demanda práticas muito mais amplas e distintas do consultório privado e da tradição psicanalítica, o que gera sentimentos de impotência e insatisfação em relação aos projetos profissionais. Soma-se a isso, a precariedade dos vínculos de trabalho, uma vez que, até então, a inserção dos profissionais ocorre por meio de indicações pessoais e contratos provisórios de dois anos, que podem ou não ser renovados. Consideramos que essa política dificulta o engajamento desses trabalhadores da saúde e pode manter relações clientelistas que dificultam a mobilização política e diminuem a autonomia, importantes obstáculos para implementação de novas práticas psicológicas alinhadas aos princípios do SUS e às demandas dos usuários. Essa condição de assujeitamento colabora para que a precariedade do serviço público seja entendida como natural e inevitável. Desse modo, como é possível que os psicólogos promovam a autonomia dos usuários se não concebem a atuação política como necessária ou transformadora?

Observou-se que a formação acadêmica fundamentada principalmente no modelo clínico hegemônico constitui um importante obstáculo para o entrecruzamento entre as práticas psicológicas e os pressupostos do SUS, uma vez que a ênfase dada ao aprendizado de teorias e técnicas desconectadas do contexto social não são capazes de dar respostas à multiplicidade de desafios encontrados no cotidiano dos trabalhos no âmbito da saúde pública. Porém, não se trata apenas de uma questão técnica. Levantamos a hipótese de que o que está em jogo é a formação ou afirmação de uma identidade profissional que orienta

esses profissionais para uma atuação que não reconhece a saúde como bem público e como fenômeno social e histórico, o que pode culminar na psicologização do cotidiano. Os relatos nos ajudam a sustentar essa possibilidade, pois, apesar de reconhecerem que a formação acadêmica não forneceu subsídios para o trabalho nas UBS, os profissionais continuaram seus estudos voltados para o aprimoramento clínico ou para o estudo das psicopatologias. Essa identidade profissional do psicólogo tem por base a apreensão de conhecimentos e técnicas de maneira descomprometida do contexto social no qual estão inseridos.

Foi possível notar a enorme distância existente entre a formação teórica e acadêmica e a prática profissional, entre a experiência vivida no cotidiano dos serviços de saúde e a idealizada durante a formação, entre os conflitos que surgem das práticas instituídas e os obstáculos impostos pela universidade para que os alunos ampliem suas reflexões e vivências dentro das políticas públicas.

Constatou-se que, de modo geral, os psicólogos conhecem os atuais debates sobre a saúde que vigoram no SUS, apesar da dificuldade em incluir os aspectos sociais. Entretanto, a maioria deles não se apropriou dessas noções, pois a multidimensionalidade do fenômeno saúde-doença não é contemplada na prática dos psicólogos que mantêm o foco no intrapsíquico e nas práticas curativas. Além disso, a própria dinâmica dos serviços parece impedir a aproximação de princípios como a integralidade, uma vez que no cotidiano o papel do psicólogo é pré-definido pelo serviço, o objetivo é atender as listas de espera geradas por especialistas médicos e instituições, sem problematizá-las.

Os entrevistados afirmaram que o papel do psicólogo nas UBS é distinto da clínica particular, porém ações como ouvir, acolher, ajudar, orientar e encaminhar não divergem do fazer clínico tradicional. Como pudemos verificar, o modelo clínico de atuação - psicoterapia individual ou em grupo, triagens e encaminhamentos - se caracteriza com a prática mais frequente. Não se trata de negar a importância da psicoterapia nos serviços, mas cabe questionar seu alcance, pois não é efetivo buscar todas as respostas para os problemas de saúde

da população nas raízes intrapsíquicas e individuais dos sujeitos. Esse tipo de ação busca a transformação do indivíduo sem transformar os determinantes sociais que interferem em sua vida. Os relatos sobre o atendimento das crianças com queixa escolar são um exemplo de como a reprodução mecânica de modelos de intervenção têm contribuído para a psicologização ou medicalização da vida e da sociedade. Desse modo, o acesso da população ao serviço ainda é realizado via doença, ou seja, os usuários alcançam o atendimento apenas quando a “doença” já está em curso. Essas práticas estão muito distantes das ações preventivas promotoras em saúde.

Os usuários atendidos nas UBS pertencem a grupos sociais de baixa renda e, portanto, divergem social e culturalmente dos entrevistados e dos pacientes pretendidos por eles. Em muitos momentos percebemos que a descrição da população atendida é marcada por um preconceito de classe, uma vez que a pobreza é considerada condição do indivíduo e não como resultante de uma estrutura social.

A cultura profissional produzida nos bancos da universidade e reproduzida no serviço público de saúde pouco contribui para atender a multiplicidade de desafios e exigências que se apresentam no cotidiano da saúde pública. Para romper com este distanciamento faz-se necessário uma formação profissional que esteja alinhada com as políticas e o cotidiano dos serviços públicos, mas, sobretudo, inserida em estratégias que corroboram para que as práticas de cuidado produzam novas subjetividades. Algumas destas diretrizes podem ser encontradas como estratégias fundamentais das atuais políticas públicas de saúde, são elas: o acolhimento e as redes de conversação (Teixeira 2003), a educação popular em saúde (Vasconcelos, 2004), as oficinas em saúde mental (Brasil, 2005; Galetti, 2004), a clínica grupal (Brasil, 2004; Barros 1996), o método da roda (Campos, 2003), as ações de promoção de saúde (Czeresnia, Freitas, 2003), o parto humanizado (Diniz, 2005), as práticas de redução de danos (Brasil, 2010; Passos, Souza, 2011), entre outras.

Frente aos dados analisados cabe refletir sobre as possibilidades de transformação das práticas

psicológicas no contexto do SUS. Dessa forma, o estudo do impacto dos novos currículos é premente, pois as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia têm como objetivo garantir uma formação mais ampla que inclua em sua matriz curricular a leitura dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos. Cabe questionar se a reformulação dos currículos e estágios, de modo que estes se tornem condizentes com os saberes e práticas biopsicossociais, criando uma inseparabilidade entre a formação e as formas de intervenção, é suficiente para transformar esse cenário.

Por fim, ressaltamos que os serviços de saúde devem se constituir como espaços democráticos e críticos, nos quais novos saberes e práticas possam ser constantemente produzidas. Tais objetivos podem ser efetivados por meio da construção de redes, de dispositivos de co-gestão e da formação de equipes interdisciplinares; essas são algumas possibilidades para se articular saúde, políticas públicas, autonomia e emancipação social.

## Referências

- Barros, R. (1996). Dispositivos em ação: o grupo. *Cadernos de Subjetividade Núcleo de Estudos E Pesquisa da Subjetividade do Programa de Estudos Em Pós Graduação Em Psicologia Clínica PUC São Paulo*, 1(1), 97-106
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia e Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Boarini, M. L. (2007). A formação do psicólogo. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 443-444.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Brasil. (1990). Ministério da Saúde. *Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde)*. Brasília, D.F.
- Brasil. (2002). Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia*. Brasília, DF



- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília, D.F.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Campos G. W. S. (2003). *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec.
- Campos, F. C. B.; Guarido, E. L. (2007). O Psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem procura. In: M. J. Spink, (Org.) *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-104.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, S. R. (2009). Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In S.R., Carvalho; M.E., Barros, e S. Ferigato. *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M., & Freire, J. C. (2009). A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 60-73.
- Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (Org.) (2003). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(1), 53-81.
- 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), 95-121.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil - os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 627-637.
- Freire, F. M. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2010). Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 840-853.
- Galletti, M. C. (2004). *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. da UCG.
- Jackson, A. L., & Cavallari, C. D. (1991). *Estudo sobre a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde*. São Paulo: Cadernos CRP-06.
- Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2010). Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface (Botucatu)*, 15(39), 1145-1158.
- Martín-Baró, I. (1997). O papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2(1), 7-27.
- Mattos, R. A. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13(Suppl. 1), 771-780.
- Mazer, S. M., & Melo-Silva, L. L. (2010). Identidade profissional do Psicólogo: uma revisão da produção científica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 276-295.
- Medeiros, P. F., Bernardes, A. G., & Guareschi, N. M. F. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 263-269.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (12º Ed). São Paulo: Husitec.



- Monteiro, L. G.; Torres, M. L. C.; Sousa, L. G.; Coelho, A. R. (2014). Perfil dos Psicólogos Inscritos na Subsede Leste do CRP-04. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(4), 864-878.
- Nascimento, M. L., Manzini, J. M., & Bocco, F. (2006). Reinventando as práticas psi. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 15-20.
- Passos, E., & Souza, T. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1): 154-162.
- Rasera, E. F., & Rocha, R. M. G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 35-44.
- Reis, C., & Guareschi, N. M. F. (2010). Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 854-867.
- Scarcelli, I. R., & Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 340-357.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: R. Pinheiro, e R. A. Mattos, (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 89-111). Rio de Janeiro: IMS-UERJ; ABRASCO.
- Vasconcelos, E. M. (2004). Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(1): 67-83.
- Yamamoto, H.; Oliveira, I.; Dantas, C. ...Carvalho, D. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações, Natal, RN, IX* (17), 71-89.

Recibido: 25 de janeiro de 2016

Aceptado: 28 de abril de 2016