



Estudos de Psicologia

ISSN: 1413-294X

revpsi@cchla.ufrn.br

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Brasil

Dimenstein Bezerra, Magda Diniz

O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais

Estudos de Psicologia, vol. 3, núm. 1, enero-junio, 1998, pp. 53-81

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Natal, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26130104>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais

Magda Diniz Bezerra Dimenstein

Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Resumo

Este trabalho tem como objetivo refletir acerca do trabalho realizado pelos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para tanto, vamos procurar entender o processo de entrada e os principais fatores que favoreceram sua inserção nessas instituições. Por fim, focalizamos a própria formação acadêmica do psicólogo - os modelos teóricos e práticos que orientam sua atuação profissional - e suas conseqüências em termos das práticas psicológicas no serviço público de saúde.

Palavras-chave:

Formação profissional, Atuação do psicólogo, Serviço público, Saúde Mental.

Abstract

Psychologists in Public Health Services: Challenges to professional training and practice. The present paper aims at developing a brief analysis of the work performed by psychologists in public health services. The process of inclusion and the main factors that had favoured its insertion in these institutions are discussed. The academic training (theoretical patterns and paradigms that guide professional performance) and its consequences to practice in public health are focused.

Key-words:

Psychologist professional training, Psychologist practice, Public services, Mental health.

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 em todo território nacional.

A regulamentação da Lei 4.119 foi o passo decisivo para a criação dos cursos de Psicologia e elaboração do currículo mínimo; para a definição do território profissional e funções privativas do psicólogo - os quais têm por função assegurar o monopólio do saber e prática profissionais - bem como para a adoção de um código de ética com a finalidade de controle da atuação profissional. Além disso, a Lei 4.119 propiciou a regulamentação de algumas categorias profissionais que já vinham exercendo atividades aí descritas, como os graduados em Pedagogia com habilitação em Psicologia, conferindo-lhes o direito de reivindicar o título profissional de psicólogo baseando-se no reconhecimento da sua experiência profissional. Promulgada a Lei, esses profissionais poderiam manter o exercício das atividades ditas privativas sem risco de sanções legais. Assim, há três décadas os psicólogos garantiram um espaço institucionalizado de trabalho, inicialmente nas áreas de orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica, diagnóstico psicológico, bem como na aplicação de testes psicológicos - a qual passou a ser de uso exclusivo da categoria - mas também em áreas tradicionalmente ocupadas pelo médico fazendo, por exemplo, estudo de caso, perícias e psicoterapia, que na época foi objeto de uma luta acirrada entre as duas categorias profissionais, cada uma reivindicando a competência exclusiva no mercado de trabalho.

Sabe-se que com a regulamentação da profissão o psicólogo passou a atuar em basicamente quatro áreas: clínica, escolar, industrial e

magistério, áreas que atualmente estão bastante ampliadas e que não correspondem mais ao universo de atuação do psicólogo brasileiro, ampliação ocorrida em parte devido às próprias pressões do mercado de trabalho que passou a impulsionar os profissionais para outros campos de atuação. Dentre essas novas áreas, o campo da assistência pública à saúde foi para onde convergiu uma considerável parcela dos profissionais, principalmente a partir do final da década de 70, momento em que se nota um maior contingente de psicólogos nas instituições públicas no Brasil. Antes disso, havia apenas experiências isoladas de alguns psicólogos que foram solicitados a desenvolver atividades no campo da saúde. Tem-se, por exemplo, Thereza Mettel, com pediatras e psiquiatras na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Belkiss Lamosa, com cardiologistas do Instituto do Coração em São Paulo; Célia Zannon, com pediatras, psiquiatras, nutricionistas, educadores e enfermeiros, no setor de pediatria do Instituto da Criança da Universidade de São Paulo; Evandro Mauro, na equipe multiprofissional que desenvolveu o projeto do hospital Sarah Kubitschek; Rosa Brafman de Barros, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, entre outros.

De lá para cá o número de psicólogos nessas instituições vem aumentando cada vez mais em todo o Brasil, apesar de numericamente ainda constituírem uma categoria pouco expressiva em relação ao quadro geral das profissões de saúde. Segundo os dados do IBGE apresentados por Machado (1992), o número de psicólogos participantes das equipes de saúde de nível superior de todos os estabelecimentos públicos e privados no ano de 1976 era de 726 em todo o Brasil, o que correspondia a 0,52% em relação ao total de categorias pesquisadas, valor inferior ao de outras categorias profissionais ditas “de apoio” ou paramédicas, como nutricionistas e assistentes sociais. Entretanto, observa-se que em 1984 esse número de profissionais passou para 3.671, ou seja, aumentou cinco vezes, atingindo um percentual de 1,41% de participação, superando a cifra de nutricionistas. Comparando-se com os médicos - categoria que representou 74,42% de participação nas equipes de saúde em 1984 e que detém a maioria dos empregos de saúde - entende-se o porque do

psicólogo constituir uma categoria considerada pouco expressiva na composição da força de trabalho no campo da saúde, bem como o fato de que era difícil falar de multiprofissionalidade das equipes nesse período. Por outro lado, pode-se notar que de 1976 à 1984, os empregos em Psicologia no setor saúde experimentaram uma taxa de crescimento muito acima da média das outras categorias profissionais, chegando a atingir 21,47%, só ocorrendo o mesmo fato para os sanitaristas (21,65%). Dados mais recentes apontam a existência de 8.290 empregos de saúde em Psicologia, em todo o Brasil, sendo que 4.990 são públicos, os quais estão concentrados na região Sudeste (70,1%) (IBGE, 1995).

Considerado, então, parte da força de trabalho em saúde, nosso interesse é apontar em que circunstâncias se deu a inserção do psicólogo no setor, mais especificamente na saúde mental, procurando deixar claro que essa entrada não aconteceu num vazio social, mas num contexto histórico-político-econômico determinado, que propiciou uma supervalorização cultural da profissão ao mesmo tempo em que foi se construindo e consolidando a idéia de que a atividade do psicólogo era essencial para a sociedade. Nesse contexto, alguns fatores foram decisivos para incrementar a entrada do psicólogo no âmbito das instituições públicas de saúde, tais como:

1. O contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos 70 e da década de 80 no que se refere à política de recursos humanos;
2. A crise econômica e social no Brasil na década de 80 e a retração do mercado dos atendimentos privados;
3. Os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade;
4. Difusão da psicanálise e psicologização da sociedade.

O contexto das políticas públicas de saúde no final dos anos 70 e década de 80

A década de 70 ficou marcada como uma época em que o Brasil viveu inúmeras transformações a nível social e econômico que vieram

determinar os rumos das políticas públicas de saúde. Observou-se um acelerado crescimento populacional, migrações internas, especialmente para os grandes centros urbanos, ocasionando com isso uma expansão desordenada desses centros, além da queda no crescimento econômico, endividamento externo, expansão da dívida pública, elevação dos juros, ou seja, foi delineando-se um quadro de recessão e inflação que teve seu ápice nos anos 80. Em função dessa situação crítica, a assistência oferecida à população nos serviços de saúde foi deteriorando-se, apesar dos avanços tecnológicos alcançados na época. Os cortes progressivos nos programas sociais e de saúde afetaram diretamente as condições de saúde da grande massa da população. Segundo Mendes (1994), os anos 70 caracterizaram-se pela conformação do modelo médico assistencial privatista, cuja ênfase recaía no “privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública... além de estar orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da Medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços” (p. 2).

No setor de saúde mental, para onde se dirigiram os primeiros psicólogos, o quadro existente não era muito diverso desse relatado. O modelo hospitalocêntrico (asilos, colônias) era predominante e a assistência prestada principalmente pelos hospitais privados, que tinham no Estado o seu grande financiador, caracterizava-se uma situação de mercantilização da loucura (Delgado, 1992). A entrada do psicólogo no setor público de saúde dá-se num momento em que esse modelo médico-assistencial privatista encontra-se no seu ápice, mas também em franco esgotamento. Esse quadro de falência do modelo assistencial implicou numa perda gradativa da eficiência e da qualidade dos serviços prestados pela Previdência Social, e teve como resultado a elaboração das primeiras tentativas no sentido de alterar o quadro precário da saúde no Brasil. Particularmente na área da psiquiatria, apareceram inúmeras críticas em relação ao modelo asilar e propostas de desospitalização da assistência médico-psiquiátrica, devido aos efeitos prejudiciais da permanência prolongada, pelo questionamento da sua eficácia técnica e legitimidade ética (Lougon,

1993). Esses movimentos de crítica ao asilo e à instituição psiquiátrica foram inspirados em outros movimentos reformistas ocorridos nos EUA e Europa desde a década de 40, tais como a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas (formas restritas ao âmbito hospitalar); a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva norte-americana; a Anti-Psiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia ou o movimento chamado de Psiquiatria Democrática italiana, instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, pois apontavam para a necessidade de ocorrerem transformações simultâneas na assistência e na ordem social, política e cultural que sustentavam o universo manicomial no sentido da sua completa substituição. Almejava-se desenvolver redes de serviços substitutivos ao hospital, que fossem ao mesmo tempo mais eficazes e de menor custo social. Evidentemente, segundo Cerqueira (1984), o psiquiatra sozinho não poderia modificar o quadro assistencial tradicional, necessitando para isso a participação de outros profissionais, entre eles o psicólogo. O objetivo era formar equipes multiprofissionais comprometidas com as novas tarefas desse modelo assistencial que apresentava-se enquanto crítica ao asilo e como solução para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica. A entrada dos psicólogos na área de saúde mental deu-se, assim, num momento de crítica ao modelo asilar e às equipes de saúde formadas predominantemente por médicos e de ênfase na formação das equipes multiprofissionais, vistas enquanto condição *sine qua non* para a concretização do novo modelo de assistência em psiquiatria que preconizava a desospitalização e o investimento em serviços alternativos extra-hospitalares. Em outras palavras, pode-se dizer que a partir do final dos anos 70, o campo da saúde mental configurou-se como um grande pólo de absorção de psicólogos, inserção que deu-se em parte devido às críticas quanto à predominância de médicos nas equipes de saúde, e ao investimento que passou a ser efetivado em outras categorias profissionais, na tentativa de mudar o modelo médico-pregnante e de formar as equipes multiprofissionais.

Certamente esses investimentos não foram fruto apenas da iniciativa e da vontade dos técnicos no interior do aparelho de Estado.

Não se pode de forma alguma negar esses esforços, mas é preciso considerar que em meados da década de 70 a sociedade brasileira vivia intensos movimentos de crítica e de resistência ao regime ditatorial em que estava mergulhada, ainda que com baixa visibilidade nos grandes cenários da política setorial. Um desses movimentos ocorreu especificamente na área de saúde e teve um papel crucial nos rumos tomados pelo setor saúde, sendo conhecido por *Movimento Sanitário*. Esse movimento foi formado basicamente pelos intelectuais progressistas do setor e tinha como objetivos constituir-se enquanto um saber contra-hegemônico, de crítica ao modelo dominante de atenção à saúde e produzir uma reforma nas políticas e práticas de saúde que vigoravam no Brasil, de forma a possibilitar a obtenção efetiva da saúde por toda a população. Ou seja, buscava-se a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, utilizando-se para isso a tática da ocupação dos espaços institucionais e a participação ativa no processo de formulação e implementação das políticas de saúde. Segundo Dâmaso (1995), a proposta do Movimento Sanitário era ser ao mesmo tempo, “um contra-discurso, sob a forma de uma teoria crítica histórico-social da doença, e como contrapolítica, sob a forma de dispositivo legal, institucional e administrativo da Reforma Sanitária” (p. 64). Dessa forma, procurava-se enfatizar o vínculo entre saúde e sociedade, bem como desenvolver uma consciência sanitária na população.

Nos anos 80, observa-se em relação às políticas públicas o surgimento de algumas propostas de mudança no sistema de assistência à saúde. Diante de um quadro caracterizado pelos baixos índices de qualidade dos atendimentos e de produtividade, pelo desperdício de recursos e pela frequência de fraudes, não era mais possível adiar uma reformulação do modelo vigente, que era insatisfatório, oneroso e de baixa qualidade. Foi assim que ainda em 1979 o Ministério da Saúde e Previdência Social (MSPAS) criou o PREVSAÚDE que previa a regionalização da assistência, a hierarquização dos serviços e dos profissionais, a máxima padronização dos procedimentos, a integração institucional, definindo inclusive a atuação do setor privado, a simplificação do cuidado médico e a participação comunitária. Esse

plano, apesar de ter sido amplamente aceito pelos setores progressistas, foi rejeitado pelos representantes do setor privado de forma que não passou de uma proposta sem aplicação de fato. Entretanto, a dívida previdenciária continuava crescendo e assim foi criado em 1981 o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), com o objetivo de propor normas mais adequadas para a prestação da assistência à saúde da população, para a alocação de recursos financeiros, como também, para propor medidas de avaliação e controle do sistema de assistência médica. O “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social” lançado pelo CONASP buscava, então, uma melhoria da qualidade assistencial, a humanização dos atendimentos e um maior acesso das populações rurais e urbanas aos serviços de saúde. Para isso, dava prioridade às ações básicas de saúde, com ênfase na assistência primária e no atendimento ambulatorial, à utilização da capacidade ociosa do setor público em detrimento da contratação de novos serviços privados que passavam a ter um caráter complementar e à uma política de descentralização, regionalização e hierarquização da rede assistencial, bem como sua unificação. Assim, ao lado de uma série de medidas voltadas para a contenção e de controle às fraudes, o CONASP também deu início a um processo de mudança na lógica assistencialista que regia o sistema de saúde.

Como derivação desse plano, foi aprovado em 1982 o “Programa de Reorientação Psiquiátrica Previdenciária” com o objetivo de reforma da assistência psiquiátrica no país, de melhoria das condições de internação - um padrão assistencial mais humanizado -, e principalmente, de desenvolver a rede ambulatorial e incrementar novas formas intermediárias de assistência psiquiátrica (hospital-dia, hospital-noite, pensão protegida etc.). Orientado por novos princípios da Saúde Mental, que privilegiava uma visão do paciente dentro do seu contexto, esse plano de reorientação psiquiátrica dava um certo lugar de destaque à equipe multiprofissional, e entre os atendimentos ambulatoriais prescritos, a Psicologia Clínica configurava-se como um deles. A equipe de saúde mental, da qual o psicólogo passou a ser membro integrante, começou a assumir a responsabilidade de uma

série de atividades antes restritas apenas aos médicos, tais como a definição dos novos modelos de contrato para a prestação da assistência psiquiátrica hospitalar e dos modelos de relatórios analíticos sobre a prestação de serviços. Nesse novo modelo proposto de assistência psiquiátrica integral, a equipe multiprofissional assume um papel importante na medida em que era preciso ampliar as técnicas de diagnóstico e de tratamento - só possível com diferentes profissionais - e também supervisionar e orientar os trabalhos, especialmente, o atendimento ambulatorial, que era a prioridade do programa. Assim, observa-se mais uma vez uma preocupação em termos de contratação de pessoal pelos órgãos públicos para preenchimento da rede ambulatorial, quando certamente entraram muitos psicólogos sem qualificação para o tipo de serviço demandado nessas instituições.

Em 1983, como parte da implantação do plano do CONASP, foram implementados dois grandes projetos: o programa de racionalização das contas hospitalares, com a introdução da AIH (autorização de internação hospitalar) e o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que pode ser considerado uma das vias privilegiadas de acesso do psicólogo às instituições públicas de saúde. As AIS passaram a ser consideradas como o eixo de organização para uma atenção integral à saúde da população através de uma rede de serviços integrados e regionalizados. Esse programa, portanto, visava o aperfeiçoamento do plano de reorientação lançado anteriormente, e à melhoria da atenção à saúde da população. Havia, assim, uma intenção de valorizar o profissional de saúde, propondo desde melhores condições de trabalho e remuneração, até um compromisso com a criação progressiva das equipes de saúde, ou seja, de contratação de outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, etc, pois atribuíam-se às equipes o papel crítico de reorientação e transformação do sistema de saúde. No mesmo ano, na área da saúde mental, essas mesmas diretrizes passaram a nortear a prática da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Porém, desde 1978, a questão da reforma psiquiátrica brasileira e da assistência à população e

humanização dos serviços já permeava as discussões entre os profissionais das unidades de saúde. Esses debates culminaram num momento conhecido por “crise da Dinsam”, quando os trabalhadores de saúde mental denunciaram a falta de recursos e de profissionais, a precariedade das condições de trabalho e da assistência prestada, criticaram a cronificação do manicômio e o uso do eletrochoque, e reivindicaram da Dinsam um esforço no sentido de substituição do modelo assistencial-custodial e segregador, por um modelo mais abrangente de recuperação e ressocialização do usuário dos serviços de saúde mental. Assim, iniciou-se uma política de investimentos em termos de recursos humanos, mas segundo a opinião de Cerqueira (1984), não se alcançou nem 10% da meta planejada. Outro aspecto que esse autor levanta, é que as contratações de psicólogos efetuadas pelas instituições públicas foram em número exíguo, talvez feitas por uma questão de moda, mas nunca por uma necessidade de transformar o hospital psiquiátrico, tanto que a grande maioria ficou presa ao cumprimento de tarefas burocráticas.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento no qual se definiram as bases do projeto de Reforma Sanitária brasileira, a qual teve seu eixo fixado sobre alguns pontos fundamentais, que serviram para incrementar esse processo de ampliação da diversidade de profissionais no campo da saúde:

- Concepção ampliada de saúde, entendida numa perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas;
- Saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- Instituição de um Sistema Único de Saúde que tem como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e hierarquização dos serviços de saúde;
- Participação popular e controle social dos serviços públicos de saúde.

Segundo Carvalho (1995), a VIII CNS foi um fato inédito na história das políticas de saúde, pois em todas as sete conferências anteriores a sociedade civil jamais foi convocada para debater os programas do governo e estiveram pautadas por uma baixa representação

social e pela participação exclusiva dos gestores e técnicos governamentais. Já para Luz (1994), essas concepções presentes na CNS marcaram uma diferença importante em termos do que vinha sendo discutido nas conferências anteriores, pois pela primeira vez saúde deixava de ser concebida como um estado biológico abstrato de normalidade ou de ausência de patologias - visão socialmente dominante - e passou a ser percebida como um efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa de um direito de cidadania; superando, dessa forma, uma concepção medicalizada da saúde. Além disso, serviços descentralizados implicavam a transferência efetiva de responsabilidade, com real poder de decisão para estados, municípios e distritos, contrariando a tradição centralizadora do nosso país, sendo a participação popular era fundamental para o planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde.

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, como desdobramento à VIII CNS e ao I e II Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da região Sudeste em 1985 e 1987, em busca da concretização da reforma sanitária e da transformação da realidade da assistência psiquiátrica no país, tornando-se um momento de crítica ao modelo asilar e denúncia da sua ineficiência. Um dos eixos de discussão da I CNSM foi a questão da política de recursos humanos que contemplava, desde a reformulação do currículo mínimo para a formação de profissionais de saúde, até concurso público para a contratação de novos trabalhadores. Almejava-se que o psicólogo pudesse participar desse debate, que vinha se realizando já há algum tempo, contribuindo também para as novas modalidades de serviços em saúde mental, como os serviços extra-hospitalares. Um dos requisitos básicos trazidos no documento da I CNSM foi a implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais na rede básica e nos hospitais e de práticas ambulatoriais destinadas a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante que havia, propiciando uma visão integral do sujeito usuário do setor, bem como práticas preventivas e educativas. Assim, era fundamental a definição de uma política de Recursos Humanos para o campo da saúde de

forma a preencher o espaço com profissionais qualificados, com competência para promover a saúde mental. É importante assinalar que no relatório final da I CNSM, em termos de política de Recursos Humanos, a reforma curricular dos cursos de graduação na área de saúde foi considerada imprescindível para que se formassem profissionais e agentes de saúde qualificados para atuar junto às necessidades da rede pública assistencial em saúde mental. Entretanto, o que se percebe é que até agora não houve nenhum progresso em relação à questão dos currículos de formação dos profissionais da área de saúde, em especial dos médicos, tal como foi ressaltado por Luz (1994) e Teixeira, Machado, Moysés & Rego (1996), mesmo sendo do conhecimento geral a sua inadequação à realidade sanitária do país e os obstáculos que essa formação profissional tem gerado às políticas de saúde e sua implementação. Não seria indevido incluímos os currículos de Psicologia nesse rol.

Nesse mesmo ano de 1987 foi criado o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), tomado como um aperfeiçoamento das AIS, cujo objetivo foi reafirmar a política de descentralização dos serviços de saúde, através da estadualização ou municipalização. Esse projeto veio reforçar ainda mais o papel desempenhado pela equipe de saúde em relação ao aprimoramento dos serviços de saúde. Em 1988, foi aprovado na nova Constituição o SUS (Sistema Único de Saúde), que é a forma atualmente proposta de produzir serviços de saúde para o setor público de forma descentralizada, numa rede regionalizada e hierarquizada, priorizando-se o atendimento integral e as atividades preventivas. Nesse contexto, novas demandas de responsabilidade social estão sendo feitas aos psicólogos, o que nos leva ao questionamento de seus saberes, dos seus referenciais teóricos e dos seus modelos assistenciais e sua adequação à realidade do SUS.

Em resumo, é possível dizer que a tônica dos programas e eventos ocorridos nos anos 80 esteve voltada para uma mudança nas atividades desempenhadas pelo setor saúde, bem como para torná-las mais eficazes. Dentro desse contexto, a expansão do número de profissionais foi enfatizada, sobretudo em relação à formação das equipes multiprofissionais. Essa tendência a atribuir às equipes um papel decisivo

no processo de reforma do sistema de saúde fez com que muitos profissionais, antes alheios ao campo da assistência pública à saúde, passassem a fazer parte dos quadros funcionais. Entende-se que o psicólogo foi um dos que se beneficiou de alguma forma com esse movimento, chegando a ser, inclusive, uma das categorias que mais teve profissionais contratados ao longo da última década para trabalhar nas instituições públicas, tal como mencionado anteriormente. No contexto de Teresina, a inserção dos psicólogos na saúde coincidiu com a ampliação da rede básica local, pois até então não se contratava psicólogo para o trabalho específico do setor.

É importante esclarecer que não estamos aqui defendendo a posição de que há uma política nacional de investimento nos recursos humanos no Brasil desde os anos 70, a qual valoriza de fato os profissionais de saúde nos diferentes níveis. Isso seria contrariar o quadro existente na atualidade e toda a história do setor. Apenas ocorreram mudanças nas políticas de saúde que propiciaram abertura do campo para outros grupos profissionais, além dos médicos. Ou seja, a alteração na composição interna das equipes de saúde foi uma consequência de uma nova orientação dada pelas políticas públicas de saúde e do princípio de integração. Na medida em que assistência médica e saúde pública passaram a ser vistas de forma integrada, bem como havia uma tentativa de fortalecimento da rede básica de saúde e sua adequação ao perfil nosológico da população, tornou-se necessário considerar um espectro mais amplo de profissões na organização dos serviços e uma busca de maior qualificação dos recursos humanos aí alocados.

A crise econômica e social no Brasil na década de 80 e os movimentos de redefinição da categoria

O segundo fator que contribuiu para a entrada do psicólogo no campo da saúde foi a grave crise econômica e social ocorrida no Brasil na década de 80. Assim, paralelamente a esse momento político de instauração de programas com ênfase na questão ambulatorial e na montagem multiprofissional das equipes de saúde, duas situações vieram contribuir para a ocupação dos espaços institucionais públicos pelo psicólogo. Em primeiro lugar, o mercado dos atendimentos

psicológicos privados mostrava-se cada vez mais limitado com a crise econômica e social que abateu o país. Além disso, estava difícil absorver o número crescente de profissionais que saía das universidades. Estabeleceu-se um claro desequilíbrio entre a oferta e a procura de serviços de Psicologia, pois com a crise econômica, a classe média, que era sua grande consumidora foi ficando cada vez mais empobrecida, tendo que conter despesas com os serviços dos psicólogos. Segundo Dias (1994), os serviços públicos de Psicologia passaram a ser atrativos não só para os psicólogos recém formados, mas também para aqueles que já tinham um tempo considerável de atuação no mercado privado. A visão corrente do serviço público como um emprego vitalício, cuja carga horária reduzida permitia outras atividades, além de possibilitar o exercício clínico, sem dúvida foram alguns dos aspectos que mais atraíram o psicólogo em busca da segurança de uma remuneração fixa e garantida, ainda que modesta. Foi assim que as primeiras tentativas de ocupação dos espaços institucionais públicos foram acontecendo, em hospitais psiquiátricos e gerais, postos e centros de saúde, maternidades etc.

Houve, nessa época, muita pressão por parte dos conselhos de Psicologia sobre os órgãos públicos visando a criação de novos empregos nas instituições de saúde e pela regulamentação dos profissionais que aí atuavam oficiosamente. Ou seja, os conselhos federal e estaduais saíram em defesa do mercado de trabalho do psicólogo. Tem-se, por exemplo, a luta pela contratação dos psicólogos concursados na Prefeitura de São Paulo, em 1981; a luta travada pelo CRP-06 (SP,MT,MS) contra a demissão em massa de psicólogos nas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), em São Paulo e na Universidade Federal de Uberlândia, ambas em 1982; o movimento pela qualificação do psicólogo como profissional de saúde junto à Receita Federal, permitindo que pessoas físicas pudessem abater no imposto de renda as despesas com serviços psicológicos; a luta pelo direito de utilizar técnicas de expressão corporal e música nos procedimentos terapêuticos (CRP-06, 1994). Mais recentemente, tem-se a resolução do Conselho Federal de Psicologia de número 15, de 13 de dezembro de 1996, que partindo do princípio de que o psicólogo é um profissional de saúde,

instituiu e regulamentou a concessão de atestado psicológico para tratamento de saúde por problemas psicológicos (antes permitida apenas ao psiquiatra), bem como facultou ao psicólogo o uso do Código Internacional de Doenças (CID) ou outros códigos de diagnóstico, científica e socialmente reconhecidos, como fonte para enquadramento de diagnóstico. Nesse sentido, o surgimento de práticas psicológicas nas instituições públicas de saúde deu-se, em parte, por uma falta de opção de entrar no mercado dos atendimentos privados, os quais, talvez, constituem-se ainda hoje na aspiração da grande maioria dos psicólogos, na medida em que propiciam o sentimento de desfrutar de um elevado grau de autonomia e independência. Porém, esse agravamento da crise econômica foi o que impulsionou inúmeras entidades profissionais a mobilizarem seus esforços na busca de novos espaços de atuação e de lugar no mercado de trabalho, na defesa dos interesses da classe, não só no setor saúde, mas também nas escolas e empresas, e teve suas conseqüências não somente em termos da estabilidade da clínica particular, mas principalmente em detonar uma crise em relação aos modelos e formas de atuação profissionais da categoria, evidenciando sua inadequação às instituições públicas de saúde e seu pequeno alcance social.

Por outro lado, a Psicologia vinha sendo alvo de inúmeras críticas - por parte não só da categoria - no sentido de que o trabalho clínico do psicólogo não apresentava grande significado social, sendo frequentemente identificado como uma atividade de luxo - pois destinado a uma pequena minoria da população - impregnado de um forte conteúdo ideológico individualista e despreocupado com os problemas sociais. O descompasso da categoria de psicólogos em relação à realidade social do país impulsionou a realização de inúmeros trabalhos na década de 80, os quais buscavam fazer uma avaliação da situação e das perspectivas profissionais para a categoria, tentando lançar alternativas de práticas que fossem socialmente mais comprometidas. Os hospitais, os ambulatorios, postos e centros de saúde foram configurando-se como lugares privilegiados para a construção de novas práticas pelo psicólogo e como oportunidade de resgate de um certo prestígio social que vinha sendo perdido gradativamente com o passar

dos anos. Pode-se, então, dizer que esse movimento de inserção no setor saúde configurou-se, ou melhor, vem configurando-se ainda como uma estratégia para escapar ao declínio social e à redução dos empregos que os psicólogos vêm experimentando desde meados dos anos 80. Segundo Carneiro (1993), “No momento em que no cenário nacional e internacional, várias áreas estão sendo redefinidas na medida em que perderam o peso cultural que tinham nas décadas passadas, também a Psicologia não escapa de ter que repensar a relevância social do que está produzindo” (p. 104).

Em outras palavras, os profissionais foram impulsionados a buscar novas formas de inserção no mercado de trabalho, isto é, a utilizar “estratégias de reconversão”, tal como fala Bourdieu (1979, p. 110). Para apreender o significado desse conceito é preciso trazer dois pontos importantes em relação à situação atual da profissão no país:

- Como mencionei anteriormente, estamos diante de um quadro em que cada vez mais profissionais estão sendo formados e lançados no mercado de trabalho - fato que teve seu início a partir dos anos 70 com a explosão dos cursos de Psicologia nas faculdades privadas - ou seja, estamos diante de uma verdadeira superprodução ou inflação de títulos. Como consequência, veio uma inevitável desvalorização desses títulos, levando os profissionais a empregarem estratégias para escapar a essa desvalorização, assim como para obter de seus títulos o que era garantido numa época anterior dentro do mercado de trabalho. Aqui, é possível assinalar as pressões exercidas pelos sindicatos e conselhos regionais pela abertura de concursos públicos, pelo direito de ter mais de um emprego público na saúde, pela abertura de cursos de residência, pela obrigatoriedade de contratação de psicólogos pelas escolas e empresas, etc.

- O segundo ponto diz respeito ao fato de que a Psicologia foi concretizando-se como uma profissão predominantemente feminina, implicando com isso numa perda de prestígio e de valor no mercado das profissões. Para Bourdieu (1979), se se quer avaliar a trajetória de uma categoria profissional, deve-se considerar as relações singulares que se estabelecem entre as diversas variáveis consideradas independentes - mas que na realidade não são - como sexo, idade,

etnia etc., ou seja, é preciso atentar que a trajetória de uma categoria profissional é efeito de um conjunto de variáveis que, não sendo expressamente evocadas, e são realmente constitutivas da categoria, funcionam como “exigências tácitas e estão no princípio de seu valor social” (p. 114). Assim, o declínio de uma profissão é determinado por um conjunto complexo de fatores que se interrelacionam e, em especial, pela ausência de legitimação de suas práticas pela sociedade, o que é possibilitado na medida em que o profissional não vai dando respostas “adequadas” aos problemas concretos enfrentados no cotidiano das pessoas. Em outras palavras, a Psicologia foi ficando marcada como uma profissão de mulheres e isso é um dos fatores de grande repercussão em termos do seu valor social e dos espaços ocupados no mercado de trabalho.

Voltando às estratégias de reconversão, pode-se dizer que elas traduzem-se por deslocamentos no espaço social, cuja finalidade é a manutenção da posição ocupada na estrutura social, assim como das propriedades associadas a essa posição. São estratégias para evitar a desvalorização social. Segundo Bourdieu (1979), as estratégias de reconversão podem ser individuais - orientar-se para regiões pouco burocratizadas do espaço social - ou coletivas, como a redefinição das carreiras e cargos para objetivos mais ajustados à sociedade, o que implica numa necessária “elasticidade na definição técnica e social do cargo” (p. 168). Não é à toa que o lema do CRP-05 (RJ) é: “Psicologia é Saúde”; o que vem mostrar como esse campo passou a funcionar como espaço ideal para as práticas do psicólogo, pois amplo e diretamente ligado aos problemas sociais; um campo propício para que o psicólogo pudesse reverter o quadro de desvalorização gradativa sofrida pela categoria profissional e também assegurar uma fatia do mercado de trabalho no setor público.

A difusão da psicanálise e a psicologização da sociedade

A produção de uma cultura psicológica no Brasil, propiciada pela intensa difusão da psicanálise na sociedade brasileira foi, sem dúvida, um dos aspectos que contribuíram para o boom da procura de faculdades de Psicologia a partir dos anos 70, para o aumento da oferta de serviços de Psicologia, para a expansão do campo de atuação

do psicólogo e seu mercado de trabalho no Brasil. De acordo com *Figueira* (1985), a partir dessa época, a psicanálise começou a se difundir maciçamente na sociedade brasileira por várias vias, atingindo um grau de popularização tão alto - o que ele chamou de “cultura psicanalítica” - que passou a produzir uma “visão de mundo” e um certo modo de funcionamento dos sujeitos. Para ele, essa cultura psicanalítica se expressa em três dimensões: eidos ou lógica para o pensamento, é um psicologismo individualizante que consiste em procurar embaixo das aparências a verdade das coisas; ethos ou código de emoções, cuja ênfase recai na expressão das emoções mais íntimas e pessoais, e um dialeto ou modo de falar chamado de “psicotagarelice expressiva” (p. 8). Segundo o ponto de vista do autor acima, esse processo de difusão da psicanálise teria vindo responder a uma necessidade social de orientação das pessoas afetadas pela modernização acelerada¹ experimentada pela sociedade brasileira a partir da década de 50, período em que ocorreram mudanças políticas e desenvolvimento econômico e, cujo lema se fazia representar pelos ideais da mudança, modernização e progresso, altamente difundidos nas classes médias e altas urbanas. Assim, a difusão da psicanálise no Brasil ficou marcada predominantemente nessas classes sociais em função da existência de um ethos individualista caracterizado pela centralidade do valor “indivíduo”, na nuclearização da família, na incompatibilidade entre os domínios públicos e privados da existência, ou seja, por um determinado modo de pensar e estilo de vida, por certas escolhas éticas e estéticas e pela monopolização de certos bens simbólicos. Santos (1990) e Coimbra (1993) apontaram como, ao longo dos anos 60/70 e até mesmo nos 80, houve um culto da intimidade com ênfase na privatização e nuclearização da família, em contraste com os antigos valores da família hierárquica, na responsabilidade individual de cada um de seus membros e uma preocupação com suas particularidades, nos projetos de ascensão social e no “mudar de vida”, na descoberta de si mesmo na libertação das repressões. Ênfases que foram reforçadas pela difusão da psicanálise e dos saberes “psi” na sociedade brasileira, culminando na promoção de uma psicologização do cotidiano e da vida social. O

impacto dessa psychologização foi enorme na sociedade e a demanda de psicologia por parte da classe média foi assustadora, assim como a procura pelos cursos de Psicologia, vistos como uma ponte para a realização dos ideais de mudança, modernidade, igualdade e liberdade.

De acordo com Lo Bianco (1988), é possível traçar algumas linhas de continuidade entre “a expansão de uma visão de mundo psicologizada, a procura de faculdades de Psicologia, o aumento da oferta de serviços psicológicos e o início dos atendimentos de cunho social” (p. 25), pois com a saturação do mercado privado e a abertura dos primeiros serviços de atendimento comunitário, possibilitadas pelas políticas públicas de saúde, aconteceu, de fato, uma abertura de mercado para o psicólogo. Com a difusão da psicanálise deu-se também a abertura de inúmeros cursos para o psicólogo na área hospitalar, sendo predominantemente dirigidos por psicanalistas, num movimento de ampliação do campo de práticas do psicólogo para além dos limites restritos da saúde mental.

Como se pode ver, inúmeros fatores contribuíram para a entrada do psicólogo no campo da assistência pública à saúde, em especial nas UBS, os quais certamente articularam-se de forma distinta em cada uma das regiões do país, apresentando conseqüentemente particularidades no que se refere à demanda de atendimento psicológico, à procura dos cursos de Psicologia e à contratação e oferta de serviços de psicólogos nas instituições públicas de saúde.

Unidades Básicas de Saúde (UBS): desafios para a formação e atuação profissional do psicólogo

Pensar a atuação do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, nas instituições públicas de saúde destinadas à Atenção Primária à Saúde não é uma tarefa fácil. O tempo de inserção desse profissional nessas instituições públicas de saúde é relativamente pequeno; há um contingente reduzido de profissionais atuando na área - apesar de vir aumentando gradativamente, inexistem pesquisas mais sistemáticas, tanto nacionais quanto locais, sobre a atuação do psicólogo nesse campo específico de trabalho. Apesar disso, é possível observar uma série de problemas e insucessos em termos das práticas

dos psicólogos, particularmente em Teresina, município que será o foco da atenção desse trabalho.

Teresina conta com um universo de psicólogos bastante reduzido. Existem no total, 119 profissionais inscritos no CRP-11 (cuja sede é em Fortaleza, CE), dos quais 88 moram na capital e 31 no interior do Estado. Desses 88 psicólogos, 28 (32%) atuam na área de saúde com atividades em instituições públicas e/ou privadas-conveniadas. Entretanto, dessa amostra, apenas 11 desenvolvem atividades em Unidades Básicas de Saúde. Quanto ao seu perfil epidemiológico, o município de Teresina não difere da maioria dos municípios brasileiros e enfrenta sérios problemas em relação à saúde da população. Com base no último relatório de gestão da Fundação Municipal de Saúde (1997), podemos dizer que enfrentamos aqui dificuldades em relação à oferta de serviços de saúde, principalmente no que se refere ao número de leitos e recursos humanos disponíveis e comprometidos com a boa qualidade da atenção. Há pouco acesso e cobertura dos programas implementados em relação à saúde materno-infantil, do adolescente; faltam programas que enfoquem o planejamento familiar e outros voltados para a saúde da terceira idade, saúde mental, saúde do trabalhador, bem como para a prevenção e controle de doenças endêmicas como a Dengue, Calazar e Doença de Chagas. O perfil de morbidade de Teresina é bastante heterogêneo pois é composto por doenças infecciosas e parasitárias e pelos agravos característicos de áreas desenvolvidas como as doenças crônico-degenerativas, violência e acidentes. A população que frequenta os serviços públicos de saúde, geralmente oriunda da periferia da cidade, vive em condições de extrema pobreza; moram em habitações insalubres, sem água, esgoto, coleta de lixo; não têm acesso à uma alimentação adequada e moram em locais onde não há serviços de saúde de boa qualidade. Além disso, têm renda familiar de meio até um salário mínimo e estão na maioria desempregados ou subempregados.

Quando dirigimos nossa atenção para os serviços de Psicologia, observamos que o profissional vive algumas dificuldades que se caracterizam fundamentalmente pela reduzida procura “espontânea” pela população e um aumento gradativo dos casos de abandono prematuro

dos tratamentos por parte dos beneficiados, logo nos primeiros encontros; pela falta de adesão dos pacientes aos programas elaborados pelo setor; pelo grande número de faltas, atrasos freqüentes, resultados aquém dos pretendidos; pela dificuldade de inserção dos psicólogos nas equipes multiprofissionais, o que vem de certa forma abalar a convicção, muitas vezes generalizadas entre os psicólogos, de que seu trabalho é essencialmente válido e estabelecer um certo “mal-estar” entre os profissionais. Outros fatores, como defasagem salarial, instalações físicas precárias, falta de material e apoio das instituições, são também geradores desse “mal-estar” entre os psicólogos e conformadores de uma prática movida pela lei do “menor esforço possível” e descomprometida com um projeto mais amplo de resgate da cidadania, ou seja, práticas mais solidárias e eticamente humanas. A própria política de saúde presente atualmente nas instituições de saúde em todo o Brasil, cuja ênfase recai na redução dos custos independentemente da eficácia e efetividade sociais, ou seja, preocupada muito mais com a produção do que com a qualidade dos atendimentos, tem levado freqüentemente o psicólogo a um desencantamento com seu trabalho. Certamente esses problemas não são exclusivos da realidade teresinense e parecem abranger profissionais das mais diversas cidades brasileiras, conforme estudos de Silva (1988) e Boarini (1995).

Porém, no que tange ao campo da Psicologia, é possível apontar que tais dificuldades encontradas pelos psicólogos para a realização da Psicologia nas Unidades Básicas de Saúde no país advêm tanto da inadequação da sua formação acadêmica para o trabalho no setor, quanto do seu modelo limitado de atuação profissional, bem como da sua dificuldade de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, as raízes dessa crise em que o psicólogo vive não podem ficar restritas ao tipo de demanda - que se diferencia daquela da clínica privada - e às dificuldades atribuídas à clientela de baixa renda - usuária do setor público -, nem aos problemas relacionados com a estrutura e organização dos serviços, pois apesar de serem elementos importantes na determinação das práticas dos psicólogos, não atingem o cerne da

questão. Assim, considera-se que as origens dessa crise devem ser buscadas junto aos aportes teóricos e práticos que fundamentam seus modelos de atuação, na sua identidade e cultura profissionais, nas expectativas que a sociedade tem em relação ao seu papel no campo da saúde, na defasagem entre os modelos de subjetividade e valores culturais de pacientes e profissionais. É aí onde pode-se encontrar a base dos insucessos vividos pelos psicólogos e, principalmente, de onde deriva sua dificuldade de pensar e oferecer alternativas de trabalho condizentes com as necessidades e características da população, formas de atuação mais ampliadas, para além daquelas tradicionalmente aprendidas durante sua formação acadêmica.

É acerca dessa formação que muitas referências na literatura vêm apontar o fato de estar havendo uma transposição pura e simples do modelo hegemônico de atuação clínica do psicólogo para o setor público, seja postos, centros ou ambulatorios, independentemente dos objetivos dos mesmos e das características da população neles atendida, gerando com isso uma prática inadequada e descontextualizada. Isso significa que há predominantemente a utilização de técnicas psicoterápicas, as quais são tomadas como o único instrumento de trabalho do psicólogo e como portadoras de um valor intrínseco, independente de onde e com quem são utilizados.

De acordo com Silva (1992), a formação do profissional de Psicologia prioriza praticamente um único modelo de atendimento, o qual é direcionado aos padrões de classe média, sendo ampliado à população que frequenta as unidades de saúde equivocadamente. Concorde-se com a autora que “Os métodos e as técnicas privilegiados na formação do profissional do psicólogo, em geral importados de outras realidades, têm sido pautados em valores sociais completamente diversos do das populações que se apresentam nas instituições públicas” (p. 32). Sabe-se também da predominância no campo da Psicologia de enfoques em que o indivíduo é tratado como um ser abstrato e a-histórico, desvinculado do seu contexto social, como se todos os membros da espécie humana fossem iguais em qualquer época, em qualquer lugar (Bezerra, 1992). A Psicologia é um campo marcado por teorias essencialistas e universalistas em relação ao

modelo de mulher, família, sexualidade, casamento e certas representações como a de sofrimento psíquico e corpo etc. Trabalha-se também uma determinada idéia - tida como universal - do que seja saúde e doença, suas causas e possibilidades de tratamento e cura, que na verdade nem sempre é compartilhada pelos pacientes. Isso consequentemente tem repercussões a nível da eficácia do atendimento dispensado às populações que freqüentam as instituições públicas de saúde.

Entretanto, a sociologia e a antropologia vêm mostrando há algum tempo a não existência de uma “natureza humana” atávica, universal e, consequentemente, a não universalidade desses modelos e representações acima referidos pregnantes entre os saberes “psi”, e que eles podem não só variar de uma cultura para outra e através dos tempos, mas entre as classes sociais também. Quando os psicólogos transpõem suas técnicas e teorias psicológicas para o atendimento da clientela que freqüenta as instituições públicas de saúde, geralmente pertencentes às classes populares, partem do pressuposto de que essa população compartilha da mesma visão de mundo, das mesmas representações e modelo de subjetividade. Inúmeros trabalhos já se encarregaram de mostrar que a diversidade cultural entre psicólogos e usuários - pertencentes geralmente a diferentes grupos sociais - também tem implicação no que tange ao modelo de subjetividade próprio a cada um (Freire Costa, 1987). Além disso, que nas classes populares existe uma maneira própria de expressão dos conflitos - “a doença dos nervos”, muito comum na realidade de Teresina, que em muito se diferencia da racionalidade presente no modelo psicológico dominante entre os profissionais. Outros estudos trouxeram contribuições importantes no sentido de apontar que as práticas psicoterápicas pressupõem a existência de certas categorias como reflexividade, *esprit d'examen* e problematização² (Ropa e Duarte, 1985, p. 186) bem como de uma congruência entre os sistemas simbólicos de profissionais e usuários, isto é, que eles compartilhem uma mesma visão de mundo, a crença no saber diagnóstico e na eficácia terapêutica, para que tenham sucesso ou eficácia simbólica. Além disso, apontaram que essas categorias estão interligadas, não são inatas

e dependem da inserção cultural e do processo de socialização do indivíduo, logo aparecem de modo desigual nas classes sociais.

Assim, se estabelece um verdadeiro descompasso entre psicólogos e usuários da rede pública de saúde de Teresina, de forma que o discurso desses profissionais fica completamente vazio de sentido para essa população, decorrendo daí a grande evasão dos tratamentos e a baixa eficácia das terapêuticas utilizadas. Diante disso, é muito comum os psicólogos naturalizarem o abandono, tratando-o como uma característica inerente à população atendida no setor público, ou atribuir à sua falta de interesse ou capacidade de compreensão da tarefa terapêutica. Penso, porém, que o problema dos abandonos tem uma relação direta com essa incompatibilidade de “projetos psicoterápicos”³ entre profissionais e usuários, ou simplesmente pela inexistência de um “projeto” por parte dos usuários, os quais deixam de frequentar os serviços. Assim, tal como foi dito por Minayo (1989), a população usuária do sistema de saúde não é passiva e tem seus meios próprios para manifestar seu desacordo frente aos códigos estabelecidos. Em relação aos serviços de Psicologia de Teresina, a evasão maciça dos pacientes é também uma forma de mostrar que eles não compartilham do *modus operandi* das psicoterapias; a maneira encontrada para não legitimar essa prática clínica que é a mais utilizada entre os profissionais locais nas instituições públicas de saúde.

Dessa forma, concorda-se com Carvalho (1988) que a profissão ainda está longe de apresentar uma atuação abrangente na medida em que seus referenciais teóricos e técnicos limitam o campo de ação da Psicologia, ou seja, limitam seu poder de ser útil e de contribuir com a sociedade. Os cursos de graduação, por sua vez, desempenham um papel fundamental na determinação de modelos de atuação extremamente limitados e inadequados à realidade sanitária do país. Eles valorizam demasiadamente o psicólogo enquanto profissional liberal, de maneira que essa representação e constitui forte pólo de atração para os que buscam a profissão. O contexto atual dos serviços públicos de saúde requer novas habilidades dos profissionais e a universidade continua formando profissionais despreparados para atuar nesse campo. Os cursos atendem apenas o ideal de profissional liberal

presente entre os alunos e aos interesses corporativos dos profissionais. Os currículos apresentam-se muitas vezes como uma colagem de disciplinas estanques e descontextualizadas que terminam por ampliar o isolamento do psicólogo no campo da saúde. Acredita-se, porém, que a solução não deve ser buscada em novos arranjos disciplinares - apesar de que mudanças na atual grade de disciplinas seriam eficazes - mas em repensar a atitude passiva que temos frente ao conhecimento de sermos consumidores a-críticos de conhecimentos gerados em outras realidades, bem como os interesses corporativos que sustentam tal situação. Concorde-se com Lo Bianco (1989), que o maior problema não é a importação da teoria em si, mas o universalismo ingênuo que a sustenta e acompanha, ou seja, a crença na aplicabilidade generalizada, rígida e irrestrita dos procedimentos clínicos a todo e qualquer grupo sociocultural e na sua eficácia intrínseca. Mas, o que nós, psicólogos, podemos fazer a partir desse mal-estar estabelecido? Existem saídas para tal impasse? Não há respostas prontas para essa questão. Acredita-se que elas só serão possíveis se repensarmos nossos modelos de atuação, ou seja, se redimensionarmos o papel da Psicologia e do psicólogo no campo da assistência pública à saúde. Para que isso ocorra é preciso “desinstitucionalizar” nossos saberes e práticas, nossa formação acadêmica, questionando as formas instituídas que atravessam nossos cursos e que produzem um saber sobre o outro, tomado como verdade absoluta, e que nos servem mais como instrumento de poder e controle social. Qualquer transformação nesse campo necessita, pois, da desconstrução das formas tradicionais de atuar e dos seus pressupostos básicos, já que impregnados de uma visão naturalista e privatista do homem. Acreditamos que podemos ser mais úteis ao campo da assistência pública à saúde a partir do momento que nossa cultura profissional passe a fornecer modelos mais ampliados de atuação, os quais não se revelem enquanto barreiras à troca de saberes com outros profissionais, e que o psicólogo possa se reconhecer enquanto um trabalhador da saúde, preocupado com a promoção do bem-estar da população. Tal identidade aproxima-se da noção de “operador” trazida por Rotelli (1992), isto é, um profissional que esteja a serviço do paciente e não contra ele e que comece a construir “um profissionalismo que não seja mais caricatural e

simplificado, mas um profissionalismo completo, que consiga ser um elemento de transformação cultural da sociedade” (p. 74). Para isso, é necessário agir conjuntamente com outros profissionais, buscando alternativas, por exemplo, para os problemas que enfrentamos na área de educação e saúde, na área de reabilitação psicossocial dos doentes mentais, em relação ao incremento das doenças sexualmente transmissíveis, da AIDS e gravidez precoce entre os adolescentes, contribuindo na organização e gerenciamento dos serviços de saúde, desenvolvendo instrumentos de avaliação e supervisão dos serviços e práticas dos profissionais, enfim, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. Esse é um dos grandes desafios que o psicólogo enfrenta atualmente no campo da assistência pública à saúde, na medida em que implica na substituição do paradigma da clínica pelo da saúde pública, requer um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário, bem como um modo sempre mutante de fazer saúde, tal como apontou Campos (1992), com base nas prioridades de saúde da população.

Referências

- Bezerra Jr, B. (1992). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura - políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 133-169). Petrópolis: Vozes.
- Boarini, M. L. (1995). A atuação do psicólogo em UBS: algumas notas. *Cadernos de Metodologia e Técnicas de Pesquisa*, 6, 65-96.
- Bourdieu, P. (1979). *La distincion. Critique sociale du jugement*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Brasil/Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde/CONASP (1982). *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social*. Brasília: Autor.
- Brasil/MPAS/MS/MEC/Gov.Est.Mun. (1984). *Ações integradas de saúde*. Brasília: Autor.
- Brasil/Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (1987). *Documento do SUDS*. Rio de Janeiro: Autor.
- Brasil/MS. (1986). *VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final*. Brasília: Autor.
- Brasil/MS/DINSAM. (1988). *I Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório Final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S. (1992). Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, 37, 16-19.
- Carneiro, T. F. (1993). Academia e profissão de psicologia: da relação possível à relação desejável. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1/2, 103-105.

- Carvalho, A. M. A. (1988). Atuação psicológica: uma análise das atividades desempenhadas pelos psicólogos. In Conselho Federal de Psicologia (Orgs.), *Quem é o Psicólogo Brasileiro?* (pp. 217-235). São Paulo: Edicon.
- Carvalho, A. I. (1995). *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/IBAM.
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu.
- Coimbra, C. M. B. (1993). A produção de subjetividade nos anos 70 e as Práticas “Psi”. In J. F. Silva Filho & J. A. Russo. (Orgs.), *Duzentos anos de psiquiatria* (pp. 59-70). Rio de Janeiro: Relume Dumará/Ed. da UFRJ.
- Conselho Regional de Psicologia-6a. Região (1994). *Uma profissão chamada Psicologia* (CRP-06, 20 anos). São Paulo: Autor.
- Dâmaso, R. (1995). Saber e práxis na reforma sanitária – avaliação da prática científica no movimento sanitário. In S. F. Teixeira. (Org.), *Reforma sanitária: em busca de uma teoria* (pp. 61-90). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Delgado, P. G. G. (1992). Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp.171-202). Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- Dias, M. A. (1994). *Mal-estar no serviço público: um estudo sobre a inserção do psicólogo num programa de saúde mental do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Figueira, S. A. (1985). Introdução: psicologismo, Psicanálise e Ciências Sociais na “cultura psicanalítica”. In S. A. Figueira (Org.), *Cultura da Psicanálise* (pp. 7-13). São Paulo: Brasiliense.
- Freire Costa, J. (1987). Consciência da doença como consciência do sintoma: a “doença dos nervos” e a identidade psicológica. *Cadernos do IMS/UERJ*, 1, 4-44.
- Fundação Municipal de Saúde de Teresina/PI. (1997). *Relatório de Gestão*. Manuscrito não-publicado.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1995). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (MAS)*. Manuscrito não-publicado.
- Lo Bianco, A. C. (1988). Psicologismo e importação de teoria – A formação do profissional de Psicologia. *Cadernos do NUPSO*, 2, 24-26.
- Lo Bianco, A. C. (1989). Questões para a Teoria Psicanalítica na Sociedade Brasileira. In J. Birman (Org.), *Freud 50 anos depois* (pp. 241-251). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Lougon, M. (1993). Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. *PHYSIS -Revista de Saúde Coletiva*, 2, 137-163.
- Luz, M. T. (1994). As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde na década de 80. In R. Guimarães & R. Tavares (Orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil anos 80* (pp.131-152). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABRASCO/IMS/UERJ.
- Machado, M. H. (1992). *O Mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: ENSP
- Mendes, E. V. (1994). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In *O Distrito Sanitário* (pp.19-94). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

- Minayo, M. C. S. (1989). Na dor do corpo, o grito da vida. In N. R. Costa, M. C. S. Minayo, C. L. Ramos, & E. N. Stotz (Orgs.), *Demandas populares, políticas públicas e saúde*, v. 2 (pp. 75-101). Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- Rotelli, F. (1992). Desospitalização. In *CRP/06: II CONPSIC* (pp. 65-85). São Paulo: Oboré.
- Ropa, D., & Duarte, L. F. D. (1985). Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras. In S. A. Figueira (Org.), *Cultura da Psicanálise* (pp.178-201). Rio de Janeiro: Campus.
- Santos, T. C. (1990). *Subjetividade e difusão da Psicanálise: uma discussão da cultura psicanalítica*. Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Silva, R. C. (1988). *O trabalho do psicólogo em centros de saúde: algumas reflexões sobre a função da Psicologia*. Tese de Doutorado não publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, R. C. (1992). A formação do psicólogo para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Teixeira, M., Machado, M. H., Moyses, N., & Rego, S. (1996). Trabalho e gestão em saúde – algumas considerações no contexto do SUS. In N. R. Costa & J. M. Ribeiro (Orgs.), *Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90* (pp.145-156). Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

Notas

- ¹ De acordo com Figueira (1985), a modernização acelerada levou à coexistência de antigos e novos ideais e identidades, isto é, à existência de mapas diferentes e contraditórios nos sujeitos, ou a um *desmapeamento*. Uma das consequências foi a enorme procura de mapas através das psicoterapias e da própria psicanálise.
- ² *Reflexividade* é a capacidade de uma pessoa observar o próprio corpo e discriminar suas sensações corporais transformando-as em linguagem passível de ser comunicada. *Esprit d'examem* se refere ao hábito de considerar que tudo é passível de ser colocado sob exame, de ser pensado. *Pro*

blematização é a disposição para identificar problemas, refletir sobre eles e considerar que são frutos de alguma coisa a partir da qual foram desencadeados, seguindo um certo curso.

³ *Projeto Psicoterápico*, tal como entendido por Freire Costa (1987), refere-se às expectativas sobre o andamento e resultados dos processo psicoterápico que são compartilhadas por terapeutas e pacientes.

Magda Dimenstein é psicóloga, mestre em Psicologia pela PUC/RJ e doutoranda do Programa de Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ). Endereço para correspondência: Rua Odilo Falcão, 860/101, São Cristóvão, Teresina, PI, 64.056-0790. E-mail: dimenstein@mnnet.com.br.

Sobre a autora