



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

Romero, Norma Susana; Pereira-Silva, Nara Liana
O PSICÓLOGO NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
Psicologia & Sociedade, vol. 23, núm. 2, mayo-agosto, 2011, pp. 332-339
Associação Brasileira de Psicologia Social
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326470014>

- 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 NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

THE PSYCHOLOGIST IN THE INTERVENTION PROCESS OF THE NATIONAL POLICY OF HUMANIZATION

Norma Susana Romero

Instituto de Educação Superior de Brasília, Brasília-DF, Brasil

Nara Liana Pereira-Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

RESUMO

Como uma forma de efetivar os princípios, as bases e as diretrizes propostas pelo SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização. Considerando o que preconiza essa política, este trabalho visa problematizar o lugar do psicólogo na gestão de um hospital da rede pública de Brasília. Discute-se a importância da formação do psicólogo, a qual deve se pautar em referenciais teóricos que permitam uma prática mais comprometida com as instituições/organizações de saúde pública sempre contextualizadas cultural, social, política e economicamente com a realidade de nossa população.

Palavras-chave: formação do psicólogo; Política Nacional de Humanização; políticas públicas; intervenção.

ABSTRACT

As a way to give effect to the principles, basis and guidelines proposed by SUS in the daily practices of care and management, in 2003 the Brazilian Ministry of Health created the National Policy of Humanization. Whereas advocating this policy, this paper aims to problematize the place of the psychologist in the management of a public hospital in Brasília. It discusses the importance of the psychologist's education, which must be guided in a theoretical framework allowing the practice as more committed to the institutions/organizations of public health contextualized culturally, socially, politically and economically with the reality of our population.

Keywords: education of the psychologist; National Policy of Humanization; public policy; intervention.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assumiu como seus objetivos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária. Nesse contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com base nestes princípios constitucionais e regulamentado pelas leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990, para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. Foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS) exatamente por ter sido formulado para unificar todos os subsistemas existentes até então, extinguindo a fragmentação institucional dentro da esfera federal e entre as diferentes esferas governamentais, separando o setor estatal do setor privado (Roncalli, 2003). Esse modelo de prestação de serviços de saúde, no Brasil, nasceu do movimento da Reforma Sanitária, fruto de um processo histórico aliado a outros movimentos sociais

na luta contra a ditadura, em resistência à privatização da saúde e em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira. Nesse sentido, houve um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorizasse ações de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Benedites, 2005).

Essa conquista do povo brasileiro – *saúde como direito de todos e dever do Estado* – norteou a Constituição de 1988, a partir da qual se ampliou a concepção de saúde, fundamentando os princípios doutrinários e organizativos do SUS – universalidade, equidade e integralidade – em um contexto de descentralização e controle social da gestão (Roncalli, 2003). Ao estabelecer esses princípios, o SUS rompeu com o velho sistema e fundou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para prover ações e serviços de saúde no país. Porém, o sistema ainda possui desafios importantes a serem superados: o baixo orçamento nacional para

a saúde; a heterogeneidade de gastos, prejudicando os Estados e municípios; além do acolhimento, que nem sempre é o mais adequado; a pouca valorização do trabalho em saúde; a não formação de vínculo entre usuários e equipes; o desrespeito aos direitos dos usuários; o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; e a fragmentação das ações no processo de atenção à saúde, dentre outros (Ministério da Saúde, 2006a).

Para que aconteça a consolidação do SUS como política efetiva de universalização do direito à saúde, tornam-se necessários o aperfeiçoamento e o fortalecimento do processo de controle social, entendidos como principais estratégias para a promoção da gestão participativa nas esferas de governo, na qual envolvimento popular abrange as práticas de fiscalização e de decisão nos processos deliberativos para a formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS (Ministério de Saúde, 2009).

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), como uma forma de efetivar os princípios, as bases e as diretrizes propostas pelo SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão. Além disso, objetivou estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e de sujeitos – capacidade dos sujeitos compreenderem a si mesmos e ao seu contexto, capacidade de análise e de cogestão das próprias vidas, ou seja, assumindo autonomia e protagonismo (Campos, 2003).

Esta política foi formulada a partir da sistematização de experiências do projeto intitulado *o SUS que dá certo*, observando o modo de trabalho operado nos serviços de saúde para identificar problemas nesse modo de atuação. Este tipo de procedimento teve o objetivo de propor mudanças na forma de gerenciar e operar esses serviços. O que se pretende a partir dessa política é estruturar um “SUS humanizado”, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva (Ministério da Saúde, 2006a).

O HumanizaSUS/PNH é uma política que permeia diferentes ações e instâncias gestoras, a fim de concretizar mudanças nas ações e condutas voltadas aos usuários, funcionários e a quem atende a clientela do SUS. Entre os projetos desenvolvidos pela Política Nacional de Humanização, estão os de reduzir filas e tempo de espera nos hospitais e serviços do SUS, baseados em critérios de risco; criar acesso a um verdadeiro acolhimento, que resolva a demanda do usuário; identificar e responsabilizar funcionários que cuidam da saúde e dos serviços de saúde; facilitar o acesso do usuário aos seus direitos; favorecer a gestão participativa e transversal (transdisciplinar) aos trabalhadores, e favorecer uma educação permanente (Ministério da Saúde, 2006a).

Como se observa, as transformações que resultaram no SUS têm direcionado um olhar mais abrangente para a saúde. Os projetos de atenção à saúde no Brasil têm investido em formular, implementar e concretizar políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Considerando este contexto a saúde pública é um campo de atuação para os psicólogos que devem estar preparados adequadamente com a proposta do SUS (Ministério de Saúde, 2006b).

Levando em conta essas considerações, o objetivo do presente trabalho é apresentar uma reflexão e problematizar o lugar do psicólogo na gestão e na experiência de implementação e implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em um Hospital da rede pública de Brasília, de nível terciário e quaternário, o que impacta nos modelos de atenção e gestão. Com essa finalidade buscou-se problematizar e questionar as forças visíveis e invisíveis do instituído na instituição: saberes, práticas e poderes, assim como fomentar processos de subjetivação tanto dos trabalhadores como dos usuários, como uma forma de se apropriarem de si, de seus desejos, das suas necessidades e de seus interesses. Uma inversão que implica em uma reorganização dos antigos paradigmas utilizados, até então, para encontrar sentido para o trabalho, resgatar o prazer e ressignificar vínculos (Mendes, 2007).

A psicologia e o SUS: um espaço de atuação

Retomar a história da Psicologia como ciência e como profissão, nos remete às suas alianças com a visão cartesiana e positivista, o que ainda influencia a atuação profissional na área da saúde. O modelo biomédico com enfoque fisiopatológico-mecanicista conserva em seu bojo, uma concepção fragmentada de saúde e o caráter curativista, em que a queixa e o sintoma são biologizantes o que repercute na medicalização da vida cotidiana. Destarte, espelha o caráter funcional do sistema socioeconômico vigente, o que se traduz como melhor fonte de lucro no mercado de consumo de medicamentos e alta tecnologia. No campo das ideias, reforça a visão de um modelo de clínica reduzida, antropocêntrica, medicocentrada, hospitalocêntrica e individualista (Traverso-Yépez, 2001).

O novo cenário da realidade nacional indicou a necessidade de mudanças em várias frentes. Por um lado, induziu a Psicologia a formular novos questionamentos, tanto no campo de suas práticas como na produção de saberes. Além disso, é importante ressaltar a interface da Psicologia com o SUS, desta com as Políticas Públicas e com a Saúde Pública (Roncalli, 2003). Por outro lado, no que concerne ao SUS, as mudanças no modelo de atenção só se farão acontecer com mudanças no modelo de gestão (Ministério de Saúde, 2006a).

Esse olhar dá-nos espaço necessário para explorar, incluir e reconhecer a alteridade, ou seja, este *outro* (*usuário*), *sujeito/objeto* – campo da saúde – com suas complexidades e peculiaridades. Aliás, novas reformulações e cuidados devem ser empregados nesse encontro com o outro, o que significa um diálogo profícuo para explorar os significados e sentidos do trabalho, da instituição, assim como, indagar e questionar sobre certos modelos-padrão de atendimento/gestão que se tornam ações coletivas e naturalizadoras do sofrimento. Neste sentido, vale dizer que o psicólogo e, é claro, a psicologia podem contribuir assumindo um papel de compromisso social legítimo, o que significa agir em saúde de uma forma humanizada, baseada numa postura de inclusão, de um “estar com” e “perto de”, revalorizando um atendimento integral, no qual deve haver uma escuta ativa, resolutiva, dinâmica, de empatia e de estabelecimento de vínculo (Ministério da Saúde, 2009). É nessa linha de pensamento, nessa indissociabilidade entre a clínica e a política que a PNH e a Psicologia se entrelaçam (Benevides, 2005).

Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão operando com o princípio da transversalidade (Ministério da Saúde, 2006a).

De acordo com Benevides (2005), a contribuição da Psicologia ao SUS pode estar neste entrecruzamento, no exercício de três princípios: o princípio da inseparabilidade, o princípio da autonomia/corresponsabilidade e o princípio da transversalidade. A autora alerta, porém, que tais princípios coadjuvam para a ação política, ou seja, só são efetivados quando se consegue inventar modos de fazê-los acontecer.

Em suma e parafraseando Benevides (2005):

Pensar-fazer políticas de saúde exige, então, criação de dispositivos, exige criação de espaços de contratualização entre os diversos atores que compõem as redes de saúde, exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. Aqui certamente a Psicologia pode estar, aqui ela pode fazer intercessão. Insistimos, não basta à distância formular, regular, controlar políticas, é preciso criar modos, criar dispositivos que dêem suporte à experimentação das políticas no jogo de conflitos de interesses, desejos e necessidades de todos estes atores (p. 24).

Pode-se perceber que analisar a Psicologia e as Políticas Públicas em Saúde exige sair da lógica da simplicidade, do pensamento linear, especialista e mecanicista para um espaço que abranja o desafio de

lidar com a complexidade, a transdisciplinaridade, a produção da subjetividade, o vínculo e a desalienação do sujeito. Ou seja, um espaço multidimensional para compreender e atuar neste tempo e sociedade que nos toca viver (Benevides & Passos, 2003).

O universo humano é universo da coexistência, o homem em constante interrelação, como ser social, permeado pelos acontecimentos históricos, econômicos e políticos, pela trajetória de seus sonhos, desejos, frustrações, subjetividade, em que seu crescimento depende deste encontro com os demais, numa relação dialética. Como compreender os outros, sem incluir-nos neles? É essencial ressaltar, que “o humano” não se refere ao “homem-figura ideal”, que não coincide com nenhuma existência concreta e sim a um homem concreto em sua diversidade e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Neste aspecto, o conceito de Humanização leva em conta estes sujeitos sociais como atores concretos que podem transformar realidades e transformar-se (Benevides & Passos, 2005). Observa-se que a saúde coletiva estabelece um diálogo vantajoso com a Psicologia, especialmente nas dimensões das práticas de saúde e da forma como a população identifica suas necessidades de saúde (Spink, 2007).

Análise e apoio institucional: um fazer psicológico no campo da saúde pública

Saúde pública e saúde coletiva

Birman (2005) expõe que tanto saúde pública como a coletiva se constituíram como campos heterogêneos – modalidades diferentes de discurso, fundamentos epistemológicos diversos e origens históricas particulares. A Saúde Pública se formatou no final do século XVIII, permeada pelo pensamento biológico e cartesiano da época, o que marcou de um lado, o investimento político da medicina, e de outro, a dimensão social das enfermidades. Sua estratégia básica foi o esquadramento do segmento urbano com o intuito de adotar medidas sanitárias para combater as epidemias e endemias, ganhando impulso pelas descobertas bacteriológicas de Pasteur, o que representou um avanço relevante no conhecimento biológico das infecções.

Já a Saúde Coletiva se constituiu como opositora desse pensamento positivista, dualista e cartesiano do saber médico, abrindo seu campo para as Ciências Humanas e a multidisciplinaridade, o que abarcou a Psicologia, especialmente a Psicologia Social. Portanto, a Saúde Coletiva é o palco para o conhecimento científico e de práticas médicas. No *campo científico* se produzem saberes e conhecimentos acerca da saúde e atuam diferentes disciplinas. O *campo de práticas* abre espaço para a multidisciplinaridade, o que possi-

bilita ir além dos objetos de intervenção e ultrapassar as noções clássicas de prevenção e atenção primária, atuando também na promoção de saúde e qualidade de vida (Paim & Almeida Filho, 1998).

Entretanto, Campos (2000) enfatiza que “os distintos modos de produzir saúde apresentam-se com antagonismos; mas também têm aspectos complementares já que se fundamentam em teoria e prática não necessariamente excludentes” (p. 227). Resgata-se a dimensão da relação dialética, e, ademais, a possível articulação com outros saberes e experiências para combinar política, gestão e epidemiologia com pedagogia, psicanálise e análise institucional (Campos, 2000).

Análise institucional

A Análise Institucional refere-se a um conjunto articulado de conceitos, articulação entre teoria e prática, num constante movimento dialético. Entre seus principais conceitos destacam-se os de instituição, instituído/instituinte, implicação, analisador, dentre outros. (L'Abbate, 2002). Em sua proposta, Lourau (1993), apresenta uma forma nova de repensar as instituições: em movimento e na sua dinâmica contraditória construindo-se na (e em) na história, no tempo social-histórico, devendo ser entendida neste movimento dialético. Como método de intervenção, visa-se compreender e analisar as relações e a realidade social a partir das ações e dos discursos e dos diversos sujeitos implicados no processo manifesto e oculto das instituições. É nessa trama de relações, nesse movimento dialético que o autor desvenda as forças instituídas e instituintes.

Essa forma de agir, pensar, produzir e intervir em saúde entrecruza com saberes e práticas e influencia a formação dos diferentes atores envolvidos na prática com a saúde. Segundo Spink (2003), a análise institucional é uma vertente que visa trabalhar com a instituição como um todo o que abarca seus atores e a trama de relações concretas entre eles, portanto, instiga a ordem instituída visando uma mudança social. Aliás, é prerrogativa de poucos psicólogos. Com essas manifestações, a autora resgata a visão crítica da análise institucional e, ao mesmo tempo, problematiza sobre a formação básica do psicólogo, centrada no binômio clínica/consultório particular como modelo hegemônico de atuação. Considerando, então, este aspecto, se correria o risco de transferir esse referencial teórico da clínica para o contexto institucional, mas ainda, questiona-se o comprometimento dos psicólogos com a realidade brasileira, especialmente com a classe dos trabalhadores. Desse modo, tal lugar serviria aos interesses de um *status-quo*, ou seja, como uma ferramenta útil para a reprodução de uma prática psi atrelada a um velho sistema ficando nossa identidade cristalizada nesse modelo (Spink, 2003).

Para a atuação e inserção do psicólogo nesse cenário, seria necessário, conforme Spink (2003), uma expansão do referencial teórico e contextual. O cerne desse argumento, no primeiro caso, seria a possibilidade da psicologia trabalhar na prática institucional com a alteridade e, no segundo caso, com a realidade institucional – aparelho ideológico ou constituição histórica e cultura organizacional.

Apoio institucional

Para Campos (2003), o Apoio Institucional requer algumas especificidades:

Trabalhar com uma metodologia dialética que traga Ofertas externas e que ao mesmo tempo valorize as Demandas do grupo. O Apoiador deve construir e trazer para as rodas sugestões de modos de analisar e de intervir sobre a vida. Além disso, deve recolher as Demandas do grupo e dos com quem ele está interagindo. É aqui a primeira Oferta é oferecer-se como Apoiador, não há como escapar disso. Explicitar: há um método, há temas prioritários, há não ditos, há resistências, bloqueios, há correlação de forças, há necessidade de se estabelecer contratos com outros interesses, outras culturas, etc. (p. 97) .

Um dos pilares para efetivar e possibilitar esse encontro é o Método Paideia ou da Roda. Essa postura metodológica visa reformular os velhos mecanismos de gestão centralizada, dando espaço para construir uma nova capacidade de pensar e de agir, seja de coletivos ou de cada uma das pessoas envolvidas, uma nova forma de lidar com os afetos, com saberes e com o poder. Desse modo, o método privilegia o vínculo para estimular os grupos e as organizações para participar da resolução dos próprios problemas, para enxergar a própria impotência ou estereotipia e, assim, descobrir novos modos de enfrentar os velhos problemas (Campos, 2003).

Assim, tendo os pressupostos teórico-metodológicos acima expostos, será descrito abaixo a experiência da implementação da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, sob a ótica do papel do psicólogo dentro da gestão. Para refletir sobre esses aspectos serão descritas as experiências implementadas em um hospital da rede pública de Brasília, tendo como referencial a Política Nacional de Humanização.

Descrição da instituição: caracterização e funcionamento

A experiência se deu em um hospital público de Brasília, o qual foi construído com o objetivo de dispensar assistência de rotina médica, cirúrgica e obstétrica, além de incorporar atividades de emergência, serviços de ambulatório e medicina preventiva. Nesse hospital

estariam concentradas todas as especialidades e equipamentos de alta precisão, facilitando, pela concentração de especialistas e respectivos meios, uma assistência de alto padrão. Com essa visão, esse hospital foi inaugurado em 1960.

Em 1978, implantou-se, a proposta de hierarquização da atenção à saúde em vigor até hoje. Assim, passou a atender patologias de alta complexidade (Terciárias) e, hoje, atende a toda a população do Distrito Federal, entorno e estados circunvizinhos para procedimentos de alta complexidade. Recebe, anualmente, egresso de cursos de medicina pleiteando vagas nos Programas de Residência Médica bem como estudantes solicitando campo de estágio para internato médico. Funciona como campo de estágio para os vários convênios da Secretaria de Saúde com Instituições de Ensino Superior e Médio, recebendo em suas dependências estudantes dos cursos de enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, odontologia dentre outros. Sua missão é prestar assistência integral em serviços de saúde de alta complexidade à população referenciada do Distrito Federal. Sua visão é ser uma Instituição Pública de excelência nos serviços de saúde de alta complexidade, para melhor servir a população do Distrito Federal (Secretaria de Estado de Saúde, 2008).

O processo de implementação/implantação

A fase inicial

Para efetivação da Política Nacional de Humanização, o Ministério da Saúde oferta apoio institucional, concretizados nas figuras dos consultores, analistas e apoiadores, os quais oferecem suporte às instituições demandantes. Com o intuito de iniciar o processo de apoio e análise institucional do hospital, foi realizada em 2008, uma oficina de trabalho sob a coordenação do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de sensibilizar e introduzir a PNH e seus dispositivos. O Acolhimento foi o dispositivo específico a ser exposto, o qual deve ser entendido como a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

A oficina possibilitou a análise das dificuldades e dos desafios a serem trilhados para a implementação. Concomitantemente, a equipe de apoio institucional (consultores) identificou um colegiado em funcionamento – modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva – envolvendo a diretoria do hospital. Dessa maneira, se

explicitou para a diretoria que essa forma de cogestão era um dispositivo da PNH. A partir disso, a PNH/MS convidou e proporcionou a diretoria do hospital uma visita ao “Hospital Odilon Behrens” de Minas Gerais, que desde 2004 funciona dentro da Política de Humanização. Esta, pode ser considerada como a primeira fase de iniciação do processo, a qual possibilitou o alicerce para a implementação/implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em um hospital do Distrito Federal.

O processo de implementação/implantação

O primeiro dispositivo implementado foi o de *Visita Aberta e Direito a Acompanhante* no Pronto Socorro do Hospital. Vale esclarecer, que a *Visita aberta e Direito a Acompanhante* amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

Num segundo momento as ações de implementação dos dispositivos de *Visita Aberta e Direito a Acompanhante* foram dirigidas para o setor da Internação, na qual funcionam as diferentes unidades de saúde. Paralelamente outros dispositivos foram disparados como: *Cogestão, Grupo de Trabalho de Humanização, Colegiados e Acolhimento com Classificação de Risco*.

Procedimentos e rotinas adotados na visita aberta e direito a acompanhante

Para a implementação deste dispositivo se desenvolveram diferentes oficinas de capacitação e conscientização, além de encontros de sensibilização com os diversos atores - funcionários, usuários e gestores. Nas reuniões de sensibilização desenvolvidas junto aos diferentes funcionários, como enfermeiras, técnicos, serviço social, pessoal da portaria, copeiras, psicólogos, médicos, dentre outros, se levantavam as diferentes queixas e foram relatados os obstáculos enfrentados pelos funcionários para a implementação da PNH, assim como as sugestões para resolver problemas.

As oficinas de capacitação e conscientização foram ministradas por consultores ou profissionais da saúde de outras cidades com experiência na implementação da PNH e geralmente foram divididas em dois períodos: de manhã e de tarde.

Os encontros de sensibilização na Internação e, a partir da experiência no Pronto Socorro, foram realizados pelas apoiadoras/estagiárias e se desenvolveram em três fases: oficina relâmpago de sensibilização dos funcionários, incluir para melhor cuidar e a análise sobre o processo em andamento.

Durante a fase denominada de *oficina relâmpago de sensibilização* dos funcionários, levantou-se as

queixas, obstáculos dos funcionários para sua implementação, assim como as sugestões para resolver problemas. As reuniões foram desenvolvidas junto com os diferentes funcionários da instituição reunidos mediante o método da roda. Paralelamente, foram realizadas reuniões com os usuários/acompanhantes para informá-los sobre seus direitos e responsabilidades neste processo de cogestão participativa.

A segunda fase chamada de *incluir para melhor cuidar*, consistiu na elaboração de um plano de trabalho/intervenção na qual se apresentava uma síntese dos problemas levantados em todos os andares da internação e categorizados segundo a proposta da PNH. Com o objetivo de que cada andar elaborasse um plano de trabalho se direcionou para o enfrentamento dos desafios, por exemplo, onde estamos? Quais são os desafios/problemas, o que faremos com isso?; quais são os resultados esperados?; onde queremos chegar? Quais são as melhorias almejadas, recuperação dos pacientes, inclusão dos usuários na gestão do SUS e as ações propostas para sua concretização. A terceira fase teve como objetivo auxiliar na análise do processo em andamento.

O método de intervenção utilizado pelas apoiadoras/estagiárias foi o de Análise Institucional e do Apoio Institucional, como uma forma de análise e leitura grupal/institucional e que já foi explicitado anteriormente. Nesses encontros verificaram-se a fragmentação nos processos de trabalho, a falta de comunicação entre os diversos atores, vínculos enfraquecidos tanto entre os funcionários de saúde quanto com os usuários, hierarquização entre os profissionais e na gestão hospitalar, dificuldade de trabalhar em equipe, dentre outros.

Todo este processo inicial de apoio ao hospital mobilizou e disparou um curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde para os diretores e alguns servidores do hospital em questão, bem como de outros hospitais públicos do Distrito Federal. Em parceria com o Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde/Política Nacional de Humanização – MS/SAS/ PNH – HumanizaSUS e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) pretende-se reorganizar a gestão hospitalar, segundo as diretrizes e dispositivos ofertados pela PNH. A proposta metodológica-pedagógica é *formar-intervir* nos processos de trabalho dos hospitais da rede de saúde local, ampliando o grau de conversa entre eles e contribuindo para o fortalecimento dos mesmos.

Considerações finais

A presente prática de implementação da PNH em um hospital público do Distrito Federal possibilitou confrontar a práxis com a teoria de uma forma mais

abrangente, viabilizando uma construção de novos olhares e ações transformadoras neste encontro com o outro, o qual é considerado como sujeito produzido e produtor, historicizado. No que tange aos princípios metodológicos/pedagógicos da PNH sobre *transformar para conhecer a realidade e aprender fazendo*, acredita-se que os mesmos foram postos em ação. Em semelhante linha de pensamento, Baró (1996) propôs que:

O saber mais importante do ponto de vista psicológico não é o conhecimento explícito e formalizado, mas esse saber inserido na práxis cotidiana, na maioria das vezes implícito, estruturalmente inconsciente, e ideologicamente naturalizado, enquanto adequado ou não às realidades objetivas, enquanto humaniza ou não às pessoas, e enquanto permite ou impede os grupos e povos de manter o controle de sua própria existência (p. 15).

Esse intenso envolvimento propiciou reflexões sobre a articulação do psicólogo nas diferentes áreas atuantes - especialmente na saúde coletiva – o que ressalta a importância de uma formação não elitizada, privatizada e corporativista, na qual a saúde pública não esteja incluída. É aqui que se abre o campo para a Psicologia, para a experimentação no plano coletivo e na esfera pública, o que torna pertinente enfatizar o que Baró (1996) expôs sobre o *quefazer*¹ do psicólogo, o qual deve ser definido em função das circunstâncias concretas da população a ser atendida. Nesse sentido, a psicologia da saúde deve atingir a comunidade no seu todo, enfatizando a necessidade de interação do psicólogo com outros profissionais da saúde pública. Todavia, Benevides (2005) afirma que o papel do psicólogo dentro da política do HumanizaSUS deve ser o de acabar com a dicotomia existente entre o individual e o social, a clínica e a saúde coletiva, o cuidado com a saúde de cada um e o cuidado com a saúde das populações.

Entretanto, desse cenário surgiu a preocupação com a falta de inserção neste campo para exercer a profissão, o que levou a perguntar-nos qual o espaço que nós temos? Quantos somos de fato atuando nesta área? Qual é o lugar do psicólogo/psicologia na rede pública de saúde? E na gestão? Qual a educação/formação/especialização continuada neste campo?

Em 2002, a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) ofertava as seguintes vagas: 4.000 para médicos, 205 para assistentes sociais, 1.410 para enfermeiras e 76 para psicólogos. Em novembro de 2008, a SES disponibilizou 175 vagas para psicólogos, mas nem todos atuam nos serviços de saúde. Um número bem reduzido, de fato, atua diretamente na formulação/implementação de políticas públicas de saúde. Esse fato mostra que as atividades públicas não oferecem oportunidade de emprego para a psicologia, implicando no não reconhecimento do trabalho do psicólogo pelos

gestores da saúde. Assim, cabe ao Conselho Federal de Psicologia/CFP corroborar sobre a relevância do saber psicológico, para integrar a atuação multidisciplinar do Sistema de Saúde (Mori, 2008).

Foram essas provocações que possibilitaram a reflexão sobre a consecução das práticas do psicólogo na gestão e na articulação da Psicologia e Políticas Públicas, mais especificamente o SUS e a Saúde Coletiva. A experiência vivenciada no hospital do Distrito Federal possibilitou corroborar esta proposta e permitiu confrontar e refletir cotidianamente a concepção de homem/mundo, com este sujeito *asujeitado, instituído*, alienado e desencantado com a saúde pública, no entanto, também com os modos de intervir neste processo.

A partir disso, é possível afirmar que o psicólogo pode estar inserido nas políticas públicas de saúde como corresponsável pela saúde coletiva e como protagonista da articulação e interação entre os diferentes atores do sistema de saúde. Spink (2003) afirma que o psicólogo tem duas alternativas ou dois níveis de atuação possíveis na área da saúde: no atendimento e cuidado do paciente na instituição ou trabalhar com a instituição como totalidade. A PNH problematiza este lugar do psicólogo no campo da gestão. Dessa forma, a psicologia e os psicólogos podem contribuir de forma eficaz e efetiva para a discussão das práticas sociais e institucionais, assim como para criar estratégias, fomentar ações de inclusão, construir espaços de encontro e diálogo e inventar modos de fazer/saber, dentre outras.

Fagundes (2004) destaca que os psicólogos são os protagonistas na construção de políticas públicas no Brasil, enfatizando o potencial transversalizador da psicologia no que se refere às suas práticas sociais e institucionais, as quais são capazes de contribuir para invenção de modos de andar e afirmar a vida. As universidades desempenham um papel fundamental nessa construção e na formação dos psicólogos. É importante salientar que essas devem preocupar-se tanto com o referencial teórico, o qual deve ampliar a compreensão para uma atuação mais comprometida com as instituições/organizações, quanto para as práticas/intervenções. É fundamental que as intervenções promovam o trabalho em equipe, vislumbrando a inserção do psicólogo no campo transdisciplinar, dando abertura para a discussão aberta dos problemas sociais, da saúde pública e coletiva, propiciando o espaço deliberativo no que tange ao compromisso social do qual o psicólogo não pode se eximir-se. A consecução dessas práticas impõe desafios éticos, políticos, culturais, sociais e históricos, o que implica uma confrontação crítica frente a todo um sistema. Aliás, essa construção é possível e não utópica, como demonstram algumas implementações e estudos já feitos. Outro ponto importante concerne ao CFP e as esferas públicas, como citado anteriormente.

É nesse sentido amplo que a proposta da PNH conduz a caminhos que ecoam com princípios de equidade, justiça social e encontro genuíno, mas, não ingênuo, com o outro. O engajamento neste novo campo de atuação conduz a questionamentos importantes sobre as práticas *psi* e o instituído, sobre a saúde e a doença, sobre as forças visíveis e invisíveis nas relações de poder que interagem em uma instituição e em seus atores. Enfim, o que tornam os futuros psicólogos mais comprometidos com a realidade de nosso país, com a história, com o social, com o sujeito, com a clínica, com a globalidade e com a integralidade dos indivíduos? Como contribuir para uma sociedade ou para uma mudança de paradigma que possibilite um olhar e uma praxis transformadora, cuja troca de saberes se desenvolve em ações coletivas significantes, desmascaradoras e que não silenciem corpos nem saberes?

Com base nesses princípios, retomo Baró (1996), para o qual o saber psicológico deve ser colocado a serviço da construção de uma sociedade em que "o bem-estar dos menos não se faça sobre o mal-estar dos mais, a realização de alguns não requeira a negação dos outros, o interesse de poucos não exija a desumanização de todos" (p. 23).

Nota

- ¹ Do original *quehacer*, expressão utilizada por Baró (1996) para designar as atividades e ações que podem desenvolver os psicólogos.

Referências

- Baró, M. I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicoogia*, 2, 7-27.
- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Benevides, R. & Passos, E. (2003). Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In T. M. G. Fonseca & P. G. Kirst (Orgs.), *Cartografias e devires. A construção do presente* (pp.81-89). Porto Alegre: UFRGS
- Benevides, R. & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 389-394.
- Birman, J. (2005). A *Physis* da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Saúde Coletiva*, 15, 11-16.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5, 219-230.
- Campos, G. W. S. (2003). Modelos e Paidéia. In G. W. S. Campos, *Saúde Paidéia* (pp.85-121). São Paulo: Hucitec.
- Fagundes, S. (2004). Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública* (pp. 4-5). Rio Grande do Sul: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.
- L'Abatte, S. (2002). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 264-274.

- Lourau, R. (1993). Primeiro encontro. In Universidade Federal do Rio de Janeiro (Org.), *Análise institucional e práticas de pesquisa* (pp. 1-23). Rio de Janeiro: UERJ.
- Mendes, A. M. (2007). Da psicodinâmica a psicopatologia do trabalho. In A. M. Mendes (Org.), *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp.29-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde. (2006a). *HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde (2006b). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Acesso em 12 de maio, 2009, em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf
- Ministério de Saúde (2009). *O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos municípios*. Brasília: Autor.
- Mori, M. E. (2008). O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas: O envelhecimento da mulher: políticas para uma clínica ampliada. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social* (pp.79-90). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Paim, J. S. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Saúde Pública*, 32, 299-316.
- Roncalli, A. G. (2003). O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In A. C. Pereira (Org.), *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde* (pp.1-27). Porto Alegre: Artmed.
- Secretaria de Estado de Saúde. (2008). Hospital de Base do Distrito Federal: atendimentos e formas de acesso. Acesso em 12 de maio, 2009, em http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6845
- Spink, M. J. P. (2003). A formação do psicólogo para atuação em instituições de saúde. In M. J. P. Spink, *A psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp.132-140). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M. J. P.(2007). A prática profissional PSI na saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink, *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6, 49-56.

Recebido em: 09/12/2009

Revisão em: 30/11/2010

Aceite em: 08/01/2011

Norma Susana Romero é Graduada em Psicologia, pelo Instituto de Educação Superior de Brasília, tendo conduzido seu estágio em um hospital público do Distrito Federal, na área de políticas públicas.
Email: norma.ar@gmail.com

Nara Liana Pereira-Silva é Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Endereço: Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia – Rua José Lourenço Kelmer, s/n Campus Universitário. Bairro São Pedro. Juiz de Fora/MG, Brasil. CEP: 36036-900.
Email: naraliana.silva@ufjf.edu.br

Como citar:

Romero, N. S. & Pereira-Silva, N. L. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da Política Nacional de Humanização. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 332-339.