



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ALEX VIANA DE BRITO**

**COMPREENSÕES ACERCA DA PRÁTICA PSICOTERÁPICA REALIZADA  
POR PSICÓLOGOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).**

**FORTALEZA**

**2014**

ALEX VIANA DE BRITO

**COMPREENSÕES ACERCA DA PRÁTICA PSICOTERÁPICA REALIZADA  
POR PSICÓLOGOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Ricardo José Soares Pontes.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- B875c Brito, Alex Viana de.  
Compreensões acerca da prática psicoterápica realizada por psicólogos da estratégia de saúde da família (ESF). / Alex Viana de Brito. – 2014.  
118 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2014.  
Área de Concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.  
Orientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.
1. Psicoterapia. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Psicologia Clínica. I. Título.

---

CDD 616.8914

ALEX VIANA DE BRITO

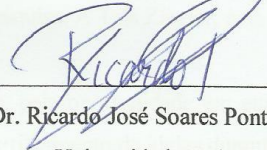
**COMPREENSÕES ACERCA DA PRÁTICA PSICOTERÁPICA REALIZADA  
POR PSICÓLOGOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Ricardo José Soares Pontes.

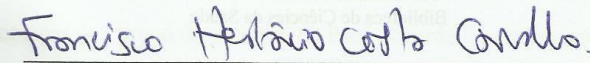
Aprovada em 26/03/15

BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>o</sup> Dr. Ricardo José Soares Pontes. (Orientador e Presidente)

Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof<sup>o</sup> Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho

Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof<sup>o</sup> Dr. Aluísio Ferreira de Lima

Universidade Federal do Ceará – UFC

## AGRADECIMENTOS

À Bárbara, amor, cúmplice e companheira de todos os dias que por entre outras coisas foi capaz de pacientemente acolher os desafios da realização do Mestrado. Ao meu filho Tito, por existir e me inspirar através do seu olhar.

À minha família, pela paciência e principalmente pelo distanciamento territorial que me faz não estar presente em alguns encontros. Em especial à minha mãe, que em um misto de docilidade e fortaleza soube me ensinar os caminhos da vida; e aos meus irmãos Fabrício, Fábria e Giovanna, pelo apoio e risadas sempre bem-vindas.

Aos meus amigos, em especial, ao Léo pelas interlocuções, parcerias acadêmicas e os momentos de descontração e ao Igor pelas conversas incessantes sobre música e vinhos (*Longplay – LP*).

Aos profissionais psicólogos que disponibilizaram de seu tempo para participarem na construção desta pesquisa. À Taís Ziegler, pelo auxílio nas transcrições das entrevistas.

Ao Ricardo Pontes, pela oportunidade em cursar o Mestrado e pelo aprendizado nas discussões e compartilhamento de ideias durante esse período.

Aos amigos e colegas do “grupo de pesquisa do Prof. Ricardo”, pelas sugestões durante o processo dissertativo. Aos amigos e colegas do Mestrado, pelas trocas de afetos e de experiências, em especial, à Kellyane, ao Marto, à Manoela, ao Carlos, à Daiana e à Mayrá.

À Dominik e Zenaide, pelo permanente cuidado e disponibilidade em “agilizar” as questões burocrático-acadêmicas. Em especial, aos professores Malu Bosi, Márcia Machado e Alberto Novaes pelos ensinamentos profícuos durante o mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro na construção deste trabalho dissertativo. À Serra da Meruoca, por me inspirar a escrever e, de quebra, minimizar a saudade do mar.

“Uns vão, Uns tão  
Uns são, Uns dão  
Uns não, Uns hão de  
Uns pés, Uns mãos  
Uns cabeça, Uns só coração  
Uns amam, Uns andam  
Uns avançam, Uns também  
Uns cem, Uns sem  
Uns vêm, Uns têm  
Uns nada têm  
Uns mal  
Uns bem  
Uns nada além  
Nunca estão todos

Uns bichos, Uns deuses  
Uns azuis, Uns quase iguais  
Uns menos, Uns mais  
Uns médios, Uns por demais  
Uns masculinos, Uns femininos  
Uns assim  
Uns meus. Uns teus  
Uns ateus. Uns filhos de Deus  
Uns dizem fim  
Uns dizem sim  
E não há outros”  
(Caetano Veloso)

## RESUMO

A prática psicoterápica consiste em uma das principais ferramentas do profissional de psicologia, remontando especificamente ao campo da clínica psicológica também denominada de clínica clássica que tem por principais abordagens no Brasil a Psicanálise, as Abordagens Humanistas e a Análise do Comportamento. Esse campo tem por referência a modalidade de atendimento individual, diádico que tem como base as terapias verbais que, em sua maioria, estão associadas a demandas de compreensão, alívio de dor e sofrimento dos sujeitos. No contexto da atuação do psicólogo no campo da Atenção Primária em Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) registra-se a participação desses profissionais junto aos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) e nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (PRMSF) que desempenham papel de ampliar as ações de cuidado em saúde na atenção básica, atuando interdisciplinarmente. Nessa direção afirma-se que se *objetivou com a presente pesquisa compreender, a partir da perspectiva de 12 (doze) psicólogos situados nos municípios de Fortaleza/CE e Sobral/CE, como se dá a prática psicoterápica realizada por esses profissionais*. A presente pesquisa está inserida no modelo metodológico qualitativo de inspiração na abordagem da hermenêutica. O conjunto das narrativas, após organização e interpretação permitiu-nos a categorização dos seguintes temas: A) A psicoterapia no contexto da ESF; B) Formatos e modelos Psicoterápicos e C) Contribuições das psicoterapias para o trabalho *psi* na ESF. Os resultados apontaram para a pluralidade de perspectivas e impressões acerca dos aportes psicoterápicos, que vão desde a crítica e inadequação desses modelos quando deslocados para o campo da prática na ESF, até a sua transformação quando utilizados neste campo, passando assim por um processo de adaptação, seja da técnica ou mesmo do modelo, fruto da apropriação do profissional que atua no contexto citado, e ainda nos deparamos com perspectivas que apontam para a contribuição de tais aportes, na medida em que as psicoterapias têm como foco a relação terapeuta-cliente (aqui chamada de profissional-usuário) e a escuta, dimensões estas necessárias para o trabalho deste profissional na ESF. Compreendendo que o trabalho desse profissional é marcado pela complexidade de contextos de atuação, observa-se a necessária continuação do debate da problemática da incursão das psicoterapias. Outra consideração evidenciada na presente pesquisa diz respeito aos processos que se dão no âmbito formativo, isto é, no contexto das escolas psicológicas/psicoterápicas e de sua relação com os espaços de atuação do psicólogo na contemporaneidade.

**Palavras-Chaves:** Atenção Primária em Saúde; Psicoterapias; Estratégia de Saúde da Família (ESF); Psicologia Clínica.



## **ABSTRACT**

The psychotherapeutic practice is one of the main tools of professional psychology, dating back specifically to the field of clinical psychology also called classical clinical whose main approaches in Brazil psychoanalysis, the Humanist Approaches and Behavior Analysis. This field is a reference type of individual care, dyadic which is based on the verbal therapies that are mostly associated with demands understanding, relief from pain and suffering of subjects. In the context of the psychologist in the field of Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (UHS) records the participation of these professionals with the Centers for Family Health Support (CFHS) and Multidisciplinary Residency Programs Family (MRPF) health that play a role in increasing actions of health care in primary care, working across disciplines. That the objective was to understand the present research, from the perspective of twelve (12) psychologists located in the cities of Fortaleza /CE and Sobral / CE, how does the practice of psychotherapy performed by these professionals. This research is embedded in the qualitative methodological model of inspiration in the approaches of hermeneutics and phenomenology. Discursive materials, the set of interviews with professionals, after organization and interpretation allowed us to categorize the following topics: A) Psychotherapy in the context of the PHC; B) Formats and psychotherapeutic and C) Contributions models of psychotherapy for psi working in the Primary Health Care (PHC). The results pointed to a plurality of perspectives and views on the concepts that psychotherapy ranging from critical and inadequacy of these models when moved to the field of practice in the FHS, or when used such models undergo a process of adaptation is the technique or same model, due to the recognition of professional who work in that context and also encounter perspectives that point to the contribution of such contributions, to the extent that psychotherapy is focused on the therapist-client relationship, here called professional-user besides listening, these dimensions required for work of this person in the FHS. Understanding that the work of this professional is marked by the complexity of contexts of action points required to further debate the issue of incursion of psychotherapies. Another consideration evidenced in this research concerns the processes that take place in the educational context, in the context of psychological school / psychotherapeutic and its relationship with the spaces of the psychologist in contemporary field.

**Key Words:** Primary Health Care; Psychotherapies; Family Health Strategy (FHS); Clinical Psychology

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Elementos Relevantes para o Campo da Psicologia Clínica.....p.29
- Quadro 2** – Psicólogos inseridos nas Residências Multiprofissionais do Estado do Ceará.....p.51
- Quadro 3** - Total de Profissionais vinculados ao NASF, por modalidade, em ordem de prevalência.....p.52
- Quadro 4** - Total de Profissionais Psicólogos vinculados ao NASF no Estado do Ceará.....p.52
- Quadro 5** – Número de Equipes do NASF nos municípios de Fortaleza e de Sobral.....p.52
- Quadro 6** – Principais Elementos do ATLAS/ti utilizado na pesquisa.....p.57
- Quadro 7** – Unidades de Significação.....p.57
- Quadro 8** – Categorias Interpretativas e Eixos Temáticos.....p.59

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Ilustração 1** - Divisão Política Administrativa de Fortaleza.....p.50

**Ilustração 2** - Divisão Administrativa de Sobral.....p.50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde  
AT – Acompanhante Terapêutico  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CCS - Centro de Ciências da Saúde  
CERES – Célula Regional de Saúde  
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social  
CFP – Conselho Federal de Psicologia  
CSF – Centro de Saúde da Família  
EFSFVS - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia  
ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EqSF – Equipe de Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS – Ministério da Saúde  
NAMI - Núcleo de Atenção Médica Integrada  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
PACS – Programa de Agente Comunitários em Saúde  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PRMSF – Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família  
RIS - Residência Integrada em Saúde  
RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família  
SER's – Secretárias Executivas Regionais  
SPA – Serviço de Psicologia Aplicada  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TC – Terapia Comunitária  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFC – Universidade Federal do Ceará  
UVA - Universidade Estadual Vale do Acaraú  
VD – Visita Domiciliar

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1. Sobre o encontro com o tema pesquisado. ....	15
<b>2. OBJETIVO</b> .....	<b>21</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	<b>21</b>
3.1. A Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	22
3.2. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	24
3.3. Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (PRMSF). ....	25
3.4. Histórico da Clínica Psicológica .....	26
3.5. A Psicologia Clínica na Contemporaneidade .....	28
3.5.1. Práticas psi na década de 70 e 80: psicologismo, cultura da psicanálise e aplicabilidade dos saberes psi.....	30
3.5.2. Movimento da psicologia e do compromisso social: psicologia comunitária, psicologia social e constituição do campo psicologia da saúde.....	36
3.5.3. Breve contextualização da Clínica psicológica e do SUS. ....	40
3.5.4. Panorama da clínica psicológica e das psicoterapias em outros contextos. ....	42
3.5.5. Exemplos de ressignificações dos modelos psicoterápicos na contemporaneidade. .	42
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>47</b>
4.1. Sobre o modelo metodológico e a concepção epistemológica. ....	47
4.2. Sobre os aspectos interpretativos: a hermenêutica. ....	48
4.3. Cenários e Sujeitos de pesquisa.....	49
4.3.1. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da <i>Família (PRMSF)</i> .....	51
4.3.2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	51
4.3.3. Atores da pesquisa .....	53
4.3.4. Entrevista.....	54
4.4. Interpretação e Análise dos Dados Empíricos.....	55
4.5. Aspectos Éticos da Pesquisa .....	59
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>
<b>5.1. CATEGORIA INTERPRETATIVA A: A psicoterapia no contexto da ESF.</b> .....	<b>60</b>
A.1. Abordagens psicológicas e o fazer do psicólogo na ESF.....	60
A.2. Sobre a demanda psicoterápica na ESF. ....	66
<i>O gargalo das demandas psi.</i> ....	73
<b>5.2. CATEGORIA INTERPRETATIVA B - Modelos e Formatos psicoterápicos e a interface com a ESF.</b> .....	<b>77</b>
B.1. Hibridismo das abordagens psicoterápicas realizado pelos psicólogos da ESF. ....	78
B.2. Psicoterapias Interdisciplinares. ....	86

<b>5.3. CATEGORIA INTERPRETATIVA C: Contribuições das Psicoterapias para o trabalho <i>psi</i> na ESF.....</b>	<b>92</b>
C.1. A psicoterapia como indutor de uma escuta qualificada dentro da ESF.....	93
C.2. Psicoterapia e Cuidado.....	98
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>104</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO COM OS PSICÓLOGOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.</b>	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>119</b>

## 1. INTRODUÇÃO

“A profissão em particular  
que está aqui em discussão  
é a mais paradoxal de todas”  
(Martin Buber)

### 1.1. Sobre o encontro com o tema pesquisado.

Esta dissertação tem como principais temas a prática da psicologia na Atenção Primária em Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Versa também sobre os modelos psicoterápicos ou clínicos advindos da psicologia, que tem por principais abordagens no Brasil a Psicanálise, as Abordagens Humanistas e Análise do Comportamento.

O encontro com tal problemática se iniciou bem antes da entrada no Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC) para cursar o Mestrado. Entre idas e vindas na mudança de objeto de pesquisa, percebi já no Mestrado em curso que este tema, sempre que aparecia, inquietava-me.<sup>1</sup> E para contar um pouco dessa história necessito regressar alguns anos de minha trajetória acadêmica. Ingressei na primeira turma da graduação em psicologia da UFC do *Campus* de Sobral no ano de 2006.

O funcionamento do curso se dava provisoriamente nas dependências do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), isso porque aguardávamos a construção do *Campus* da referida universidade. Estruturalmente tínhamos uma sala, que era compartilhada com o curso de Odontologia, e uma secretaria, também improvisada. O contexto de precarização do curso de psicologia foi bastante mobilizador na busca de outros espaços para contribuir em minha formação de psicólogo, uma vez que a universidade naquele momento não possuía inserção junto aos diversos dispositivos que pudessem contribuir com a nossa formação e ela mesma tinha poucos recursos disponíveis a nos propiciar.

---

<sup>1</sup> Esclareço que nos parágrafos que seguem realizo um registro em primeira pessoa, isto por entender que o encontro com o tema e, conseqüentemente, com as dúvidas, incômodos e atravessamentos que envolvem esta construção perpassa uma dimensão mais pessoal. No segundo momento o leitor perceberá que discuto o trabalho não mais em 1ª pessoa do singular (eu), mas em 1ª pessoa do plural (nós). Longe de querer me distanciar do trabalho, o “nós” tem, na verdade, a função de demarcar que essa produção está em consonância com os autores utilizados para sustentar as ideias e outros interlocutores.



A Saúde Coletiva foi um dos primeiros espaços que me envolvi e que fui acolhido. Já nos primeiros anos da graduação, por meio dos estágios básicos, que são disciplinas que tem por objetivo aproximar o estudante da prática do psicólogo, inserindo-o em caráter de observação nos diversos campos (da psicologia organizacional à psicologia escolar, por exemplo) percebi que a saúde tinha algo que me afetava, isto é, que me inclinava a pensar como a psicologia poderia contribuir nesse campo.

Um dos primeiros momentos que destaco desse encontro com o campo se deu quando realizei em conjunto com dois amigos de turma algumas gravações para a produção de um curta-metragem que tinha por enredo compreender como se dá atuação dos psicólogos nos postos de saúde. O trabalho consistiu no acompanhamento das atividades dos profissionais que compunham a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do município de Sobral/CE. Durante um mês fizemos visitas domiciliares e participamos de grupos que envolviam o trabalho desses profissionais no SUS. Dúvidas de estudantes de primeiros semestres nos acometiam, seja na realização do trabalho, como também no término dele. *O que fazia o psicólogo nesse campo? Como atuava? Ele “fazia clínica”, tal como no consultório privado?* Na medida em que acompanhávamos as atividades dos psicólogos, nos surpreendíamos com a diversidade de práticas adotadas pelos profissionais, que iam muito além do atendimento clínico tradicional. Não entendíamos, por exemplo, como se fazia promoção da saúde e, conforme apontei, também éramos mergulhados na ideia da psicologia reduzida ao atendimento clínico individualizado, afinal, essa imagem ainda tem sido a grande vitrine para entrada de estudantes na graduação em psicologia.

No entanto, as dúvidas que nos perseguiram acabaram por evidenciar alguns elementos que insistiram em aparecer nas imagens do vídeo. A intenção inicial era gravar a atuação destes psicólogos, isto é, filmá-los realizando algum tipo de diálogo com as pessoas ou mesmo com um grupo. O que vimos, ou melhor, o que filmamos não foram somente pessoas e sim um contexto, um território em que se desenhava a atuação destes profissionais. Um lugar específico e uma realidade que cobrava do psicólogo outras práticas, bem como outras posturas. O que naquele momento eu ainda não dava conta era de que o contexto exigia desses profissionais outros modos de olhar para a realidade e para tantos outros modos de intervir nela.

Ao filmar, por exemplo, um boiadeiro que passava em frente ao posto de saúde interagindo com os profissionais que ali estavam, ou a visita domiciliar realizada

pelo psicólogo, fazendo-o ir ao encontro da usuária que não podia se deslocar para o atendimento no posto, e o próprio caminhar pelo bairro nos traziam reflexões e aprofundamentos sobre tal contexto. Mais tarde, já munido de alguns conceitos do campo da saúde percebi que o território é muito mais do que apenas uma parte da composição do trabalho do psicólogo, configurando-se como um fecundo espaço de construção dos processos de saúde.

A filmagem realizada pode ser considerada um tanto amadora, pois as questões abordadas parecem bastante iniciais, uma vez que estavam ancoradas numa tipologia clássica da psicologia, ou seja, transferimos uma imagem fixa e cristalizada da psicologia e queríamos a todo custo apreendê-la através das lentes. Entretanto, essa filmagem tensiona muito o objeto deste trabalho, posto que depois da realização da referida atividade, envolvi-me com outras experiências no campo da saúde coletiva. De modo que com o auxílio de outros colegas interessados e de uma professora do curso nos aproximamos dos serviços de saúde de Sobral, através de ações de extensão e de estágios supervisionados em parceria com Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) do município citado.

Das atividades que permitiram essa aproximação e inserção no campo da ESF, destaco a participação numa pesquisa de mestrado e o estágio de conclusão de curso, ambos realizados junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município de Sobral (RMSF), programa de pós-graduação lato-sensu ancorado na formação em serviço para o Sistema Único de Saúde – SUS sendo coordenado pela EFSFVS em conjunto com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Na presente formação, têm-se profissionais das diversas categorias (Terapia Ocupacional, Educação Física, Odontologia, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Serviço Social e Nutrição) atuando durante o período de dois anos nas atividades da Estratégia de Saúde da Família.

Na pesquisa citada<sup>2</sup> participei auxiliando o autor nas idas ao campo de pesquisa, transcrevendo as entrevistas e compartilhando análises e ideias sobre o trabalho, além de contribuir na escrita de um artigo oriundo da pesquisa.

Já no estágio supervisionado de conclusão de curso estive inserido durante um ano em uma das equipes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família

---

<sup>2</sup> NEPOMUCENO, L. B. **Para atuar com a comunidade: estudo sobre a relação entre participação comunitária e Estratégia de Saúde da Família do SUS no bairro Terrenos Novos em Sobral, Ceará.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

(RMSF) que por sua vez estavam inseridas em dois territórios do município (bairros Tamarindo e Dom Expedito). Nessa experiência acompanhei especificamente as atividades grupais que envolviam tanto a equipe, quanto os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Dentre as diversas atividades, recordo-me de uma realizada junto ao grupo semanal de idosos e que havíamos elaborado em conjunto com os participantes, sob a facilitação também do fisioterapeuta. Ela consistia em um espaço de troca de relatos e experiências, aliado a atividades corporais. Mesmo que aquele espaço não se configurasse como um grupo terapêutico, mas sim em um espaço de compartilhamento de relatos, considero tal experiência como fundamental para o meu fazer de psicólogo no contexto do SUS. Entretanto, algumas perguntas ainda ecoavam em mim, como por exemplo, visto que havia procura por parte dos usuários de atendimentos individuais, seria possível pensar um formato psicoterápico em consonância com as diretrizes e o próprio contexto da APS?

Já como psicólogo, passei a trabalhar no município de Coreaú localizado a 374 km de Fortaleza e me deparei com maiores desafios, atuava em um município de pequeno porte e que em termos de organização e estruturação dos serviços estavam aquém do que vivenciei em Sobral. Era como se não houvesse a estruturação da Atenção Primária no município, pois as ações ocorriam entre os diversos atores de modo disperso, cada profissional que ali atuava pouco se articulava para a execução mínima das ações, bem como dos serviços de saúde. Além da falta de organização de serviços, deparei-me com uma grande inquietação de meu fazer, questionando, sobretudo como a psicologia poderia contribuir com seus instrumentais num município que, por exemplo, frequentemente sofria com a falta d'água, além da seca e da pobreza de boa parte da população, havendo, portanto, demandas muito mais urgentes do que necessariamente o fazer da psicologia.

O trabalho nesse contexto era um pouco solitário, pois, conforme falei, não havia um planejamento em equipe porque não havia uma “equipe”, então busquei me aproximar dos profissionais que se disponibilizavam em contribuir com a melhoria dos serviços e, nesse sentido, minha atuação foi de pelo menos permitir o acesso por parte da população à serviços, na erradicação do sub-registro civil<sup>3</sup>, como também em

---

<sup>3</sup> Essa atividade fazia parte das ações de ampliação do acesso ao registro civil de nascimento. O município de Coreaú estava entre os quarenta municípios do Estado do Ceará que possuíam uma maior quantidade

intervenções que envolviam outras secretarias do município (grupos de convivência e grupo de adolescentes) vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ao Centro Referência da Assistência Social (CRAS) do município.

Entretanto, em todas as experiências descritas, ou seja, desde quando era estagiário já percebia que mesmo exercendo diversas funções relacionadas com um trabalho de articulação, trabalho este importante no que tange a atuação no campo das políticas públicas, percebia que havia uma demanda por escuta, por psicoterapia por parte da comunidade em que estava inserido. Os usuários procuravam os profissionais da psicologia para serem ouvidos e, naquele momento, percebia que o próprio instrumental advindo da clínica apresentava limitações de *setting* terapêutico para este no contexto. Compreendia que não se tratava de uma despotencialização do espaço da escuta, mas na verdade, eram as formatações da clínica, das técnicas psicoterapêuticas que pareciam não caber ali. Comecei a perceber que as questões apontadas acima, isto é, os desafios em conciliar as formatações das diversas psicoterapias no trabalho em políticas públicas eram também vividos por outros colegas, sejam no cotidiano da ESF ou mesmo na Atenção Secundária e Terciária<sup>4</sup>. Muitas vezes o que também estava em jogo era a necessidade da atuação do profissional no campo das políticas públicas de saúde para intervenções de âmbito grupais e multiprofissionais. As intervenções individuais também emergiam e até podiam ser realizadas, mas havia uma priorização das ações grupais, conforme preconizado, por exemplo, nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Percebi então, que havia certa cisão da minha prática, uma vez que trabalhava com políticas públicas, mas também desempenhava a atividade clínica em consultório particular. Perguntava-me, portanto: Que diferenciações eram realizadas em minha prática dentro da política pública e da clínica privada? Ou ainda: A disponibilidade é a mesma para o sujeito que solicita os serviços de psicologia no contexto das políticas públicas de saúde, tal qual na clínica privada? Notei que, assim como em meu caso, muitos colegas realizavam este tipo de “cisão” ou diferenciação e também se perguntavam acerca dessa problemática.

Entretanto, todas essas questões ficaram adormecidas quando houve a minha aprovação no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, uma vez que ao

---

de registros de nascimento não efetivados que ficava entre 5% a 10% (não havia dados exatos e oficiais do município quanto a esta problemática).

<sup>4</sup> É possível apontar, por exemplo, o surgimento principalmente de psicanalistas que atuando em serviços substitutivos tais como os CAPS buscam uma configuração que “concilie” o cotidiano desses serviços e o modelo preconizado pela psicanálise. Cf. VICTOR & AGUIAR, 2011.

adentrar nesse programa pensava em investigar outras questões ligadas a psicologia. Situação revertida a partir do comentário disparado pelo Prof<sup>o</sup> e orientador Ricardo Pontes direcionado a todos do grupo de pesquisa quando nos indagava a respeito “do que de fato queremos estudar, levar para a nossa vida adiante?” Percebi naquele comentário a oportunidade de investigar algo que de fato me atravessara desde o início de minha graduação em psicologia e que ainda persistia me atravessando, agora como psicólogo e estudante de pós-graduação. Não posso deixar de considerar como fundamentais também as contribuições da Prof<sup>a</sup> Maria Lúcia Bosi para o redirecionamento do tema de minha pesquisa, através de seus questionamentos e interesse acerca do objeto da mesma e ainda no aprofundamento do campo na Pesquisa Qualitativa em Saúde, sua disciplina.

Reconfigurada a temática da pesquisa de mestrado, agora tendo como principal questão a prática psicoterápica na ESF, percebi que o termo clínica possui conotações um tanto diferentes no campo da saúde coletiva e na psicologia. Diante da literatura existente dos dois campos, percebe-se que na saúde coletiva quando se utiliza de tal termo se quer, muitas vezes, falar de numa perspectiva que vai muito além da dimensão de escuta individualizada. Temos como principal exemplo no campo da saúde coletiva o conceito/ferramenta chamado de “clínica ampliada”. Ao mesmo tempo em que ainda encontramos trabalhos que tratam da dimensão curativa, ou mesmo, individualizada que estão situados principalmente nos serviços ambulatoriais e no campo da medicina. Quando tratamos da área da clínica dentro da psicologia temos uma predominância de discussões abordando os casos clínicos, conceitos e constructos dos aportes clínicos e das abordagens psicológicas. Com a intenção de obter um maior recorte para o trabalho, além de sintonização com objeto, trabalha-se nessa pesquisa com a categoria de psicoterapia. Por psicoterapia compreendemos as modalidades de atendimento individual ou em grupo. Dessa forma, o presente trabalho tem como delimitação o atendimento psicoterápico individual, que consiste predominantemente nas terapias verbais e que geralmente estão associadas às demandas e queixas de compreensão, entendimento ou mesmo alívio do sofrimento e dor.

Portanto, são estas questões que me perseguiram e fizeram com que a presente pesquisa fosse adiante.

## **2. OBJETIVO**

Compreender a prática psicoterápica realizada pelos psicólogos que atuam no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios de Fortaleza e de Sobral.

## **3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL**

As diversas transformações que o “setor saúde” passou, devem-se muito às mudanças das práticas sanitárias e nesse caso podemos mencionar como marco a VIII Conferência de Saúde (1986) que culminou na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas o SUS, mesmo com seus princípios e diretrizes ainda consiste num projeto inacabado e que necessita de permanente reflexão dos seus diversos desafios, entre eles, o da organização do cuidado em saúde (AYRES, 2009).

É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de porque, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e participes desse compromisso. (p.24)

Têm-se historicamente duas grandes tradições na organização do cuidado em saúde, a saber: os sistemas nacionais (saúde pública) e modelo liberal privado (saúde individual) (CAMPOS, 2007). Podemos dizer que o modelo de atenção denominado de sistemas nacionais tem como objetivo o cuidado geral em saúde, uma vez que leva em consideração o trabalho em equipe multiprofissional, além de uma organização planejada e contínua. Já o modelo privado atenta para a doença, isto por ter como principal postulante o médico. É evidente que quando falamos dessas duas perspectivas significa dizer que essas duas tradições ainda se misturam quando olhamos para SUS.

Contudo, a história da saúde no Brasil demonstra que o modelo liberal teve seu esgotamento em meados da década de 70, quando se começou a pensar criticamente sobre as determinações econômicas, sociais e políticas que marcavam a prática da medicina e por também “contrastar com a deterioração das condições de saúde da população e com a contenção das ações de saúde pública”. (PAIM, p.32, 2009).

Já na década de 80, registra-se um processo de redemocratização no país e no caso da saúde se inicia um movimento de discussões e ações que culminaram no que denominamos de Reforma Sanitária, que além da própria bandeira de “saúde” se

lançava na perspectiva de ampliar seus horizontes contribuindo para um debate sobre a mudança social nas condições de desigualdade do Brasil.

Grande parte dos ativistas do movimento sanitário era profissionais, pesquisadores, docentes ou estudantes destas organizações. Estes atores sociais tiveram papel relevante não somente na elaboração do projeto político do que seria o SUS, como também em constituir um “bloco sanitário” com setores populares, sindicais, políticos profissionais e com o poder executivo. Alguns de seus integrantes, armados com os conceitos de medicina comunitária, educação popular e atenção primária à saúde, priorizaram intervenções locais. Desenvolveram a estratégia de aproximar-se da base social do país, sindicatos, organizações de bairro e de comunidades urbanas e rurais. Caberia uma investigação mais aprofundada sobre os motivos que levaram estes segmentos profissionais a realizar aquela “ida à periferia”, um verdadeiro deslocamento em direção ao povo. (CAMPOS, 2007, p.1868-1869).

O modelo da reforma sanitária que contribuiu para pensar os princípios e as diretrizes expressas no SUS (*universalidade, integralidade, equidade*), em consonância com a Constituição de 1988, culminou na conhecida máxima de que *saúde seria um direito de cada cidadão e dever do Estado*. Dessa forma, que formato encontra-se hoje em nosso sistema de saúde que representa a alternativa ao que tínhamos antes do SUS? Se nos ancorarmos nos teóricos que pensam o campo diríamos que prontamente essa mudança de modelo assistencial se configura no Programa de Saúde da Família (PSF), melhor dizendo, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) posto que “somente com expansão do PSF [...] foi possível enfatizar propostas como territorialização, vigilância da saúde, acolhimento e vínculo, entre outras, retomando a discussão de integralidade, posta pela Reforma Sanitária.” (PAIM, p.127, 2009).

Acompanhemos então, brevemente, pelos aspectos referentes ao campo da saúde coletiva, reflexões sobre o campo da ESF.

### **3.1. A Estratégia de Saúde da Família (ESF).**

Constatada a potencialidade do Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS) em contribuir na resolução dos problemas de saúde do Brasil, o Ministério da Saúde buscou lançar bases num modelo de reorganização da prática assistencial de atenção à saúde que era centrado nas ações curativas (FRANCO & MERHY, 1999). O modelo da ESF foi, num primeiro momento, constituído para permitir que as pessoas que residiam em locais mais difíceis pudessem ter acesso aos serviços básicos de saúde:

As ações do PSF foram, inicialmente, implantadas em regiões de escassa assistência à população, com os objetivos de atender às minorias sem acesso a serviços de saúde e de responder a uma tendência mundial de redução de custos, de desmedicalização da medicina e humanização dos serviços (Vasconcellos, 1998). Por esse programa inicial ser considerado potente para a universalização do atendimento a saúde e para implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira, passou-se a haver um esforço e um incentivo para que se transformasse em Estratégia (ESF) de um projeto único do sistema da saúde e responsável pela APS (Atenção Primária em Saúde) (CAMARGO-BORGES, CARDOSO, 2005. p. 27)

A ESF, portanto, consiste na tentativa de pensar e construir um SUS próximo e íntimo das pessoas. Nesse sentido que consideramos a perspectiva da ESF dentro do modelo de Atenção Primária a Saúde (APS), pois está centrada no núcleo familiar e comunitário, demandando a criação de vínculos e compromisso dos profissionais de saúde com a população. Além de ser a porta de entrada do usuário para os serviços de saúde, seja pequena, média e alta complexidade. (ANDRADE, BARRETO, *et al*, 2006):

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011)

Percebe-se, desta forma, quão potente pode ser tal modelo de organização por trazer consigo a necessidade de estar perto das pessoas. Outro aspecto que necessita ser destacado no contexto da ESF é o âmbito da promoção da saúde, uma vez que consiste em um dos seus objetivos principais. A promoção da saúde tem como marco o Relatório Lalonde (1974), pois se observou que algumas dimensões necessitavam ser consideradas na elaboração das políticas de saúde, a saber: as noções de ambiente e de estilos de vida (WESTPHAL, 2006). Com a declaração de Alma Atá (1978) a promoção da saúde passou a ser pautada no contexto de propiciar autonomia e contribuir na emancipação dos sujeitos. Já com a Carta de Ottawa a promoção da saúde ganha contornos mais amplos do que vinha sendo até então construída, uma vez que adotava como “pré-requisitos para a saúde” a paz, habitação, ecossistema, entre outros, além de trazer à tona a compreensão de que o nível de saúde é determinado por aspectos políticos, sociais, comportamentais e econômicos.



Reconhece-se, então, que os marcos citados contribuíram na ampliação do conceito de saúde e conseqüentemente na ESF, permitindo que outros olhares, isto é, outras categorias adentrassem no campo da APS. Pode-se afirmar que foi essa linha de mudança do modelo de atenção que permitiu a entrada maçante de psicólogos no campo da ESF<sup>5</sup>, através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Programas de Residências Multiprofissionais, onde estes profissionais se unem a outras categorias (Fonoaudiologia, Fisioterapia, Farmácia, Serviço social, Educação física, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Nutrição, Medicina Veterinária e Odontologia).

Yara Carvalho e Ricardo Ceccim (2006), ao se debruçarem na questão da formação e educação em saúde apontam que “a psicologia definiu a atenção a saúde como seu objetivo específico, participando ainda na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde” (p.153). Portanto, a psicologia quando ingressa no SUS “aceita o desafio” de se reconstruir enquanto campo de saberes e práticas para melhor atuar.

### **3.2. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).**

Conforme já expresso na sigla e comumente dito pelos profissionais que trabalham no NASF, este não se constitui como porta de entrada das ações da ESF, mas atua como apoio, ou seja, em “parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (EqSF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF.” (BRASIL, 2009).

Essas equipes podem ser compostas pelos seguintes profissionais: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Logo após surgiu outra portaria (2.488/2011) que ampliava o numero de profissionais que poderiam compor o NASF.

De todo modo, compreende-se que os profissionais que comporão as equipes do NASF devem ser definidos pela gestão municipal em acordo com as necessidades territoriais. O NASF funciona também a partir da dimensão do que se denomina de apoio matricial, que consiste em que diversos profissionais devem

---

<sup>5</sup> É importante frisar que o desenrolar da história da saúde pública brasileira com a psicologia ocorre bem antes do que na ESF, ainda no contexto da Reforma Psiquiátrica, com a criação do chamado campo da saúde mental. (LO BIANCO et al, 1994; FERREIRA-NETO, 2004).

colaborar com suas especialidades e experiências de intervenção, destacando-se também a necessidade em face do caráter interdisciplinar do trabalho do NASF de “favorecer a criatividade dos profissionais envolvidos na construção dos dispositivos na atenção básica” (BRASIL, 2009 *apud* SUNFELD, 2010). Na prática, algumas dessas ações têm sido desenvolvidas por meio do matriciamento em saúde, da clínica ampliada e do desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares (PTS).

### **3.3. Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (PRMSF).**

Os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (PRMSF) estão diretamente ligados ao Movimento de Reforma Sanitária, uma vez que é possível estabelecer uma relação evidente entre esta proposta e a Constituição Federal em seu Artigo nº200 onde já determina que o SUS ordene a formação de recursos humanos em saúde, aproximando as políticas de educação e saúde. Além disso, as PRMSF estão em total sintonia com a Política de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/2011), posto que possuem a característica de ser um ensino ancorado na dimensão do serviço para o SUS, isto é, um aprendizado que se dá na prática, no cotidiano da comunidade, do território e dos serviços de saúde.

Outro aspecto bastante importante a ser destacado consiste na interdisciplinaridade e que, a depender de cada Programa, geralmente abrange cerca de catorze categorias, a saber: Fonoaudiologia, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço social, Educação física, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Nutrição, Medicina Veterinária, Biologia, Biomedicina, Ciências Sociais e Odontologia que visam a formação coletiva inserida no mesmo ‘campo’ de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os ‘núcleos’ específicos (BRASIL, 2006a). Destaca-se também a dimensão pedagógica dessa proposta, uma vez que durante o processo de ensino-serviço os profissionais residentes atuam tendo como aporte os preceptores e tutores, além das ênfases e estratégias pedagógicas, bem como modelos avaliativos.

É possível dizer, portanto, que a proposta das PRMSF consiste não apenas em inovar no campo do ensino, mas reitera-se a necessidade em criar outras e novas experiências junto aos serviços de saúde e que tais experiências surgidas possam se consolidar nos territórios, uma vez que a formação das PRMSF possui um período fixo de formação de aproximadamente dois anos, para que outras equipes de residentes sejam inseridas nos territórios.

### 3.4. Histórico da Clínica Psicológica

Resgatar as origens da clínica psicológica somente é possível se levarmos em consideração a influência e a confluência das reflexões epistemológicas e metodológicas advindas da psiquiatria e da psicopatologia. De modo contextual é possível situar que psiquiatria, psicopatologia e psicologia (incluindo as psicoterapias) tiveram que passar pelo desafio de buscar um estatuto de cientificidade. A psiquiatria, enquanto ramo da medicina e que tem por estudo o diagnóstico e o tratamento dos distúrbios mentais esteve durante muito tempo ligada a neurologia, especialidade que se ocupa dos danos que ocorrem no sistema nervoso. Apenas em 1960 que a psiquiatria conseguiu sua autonomia frente à Medicina e diversos estudos colaboraram para o terreno das psicoterapias, já que esta geralmente esteve associada à psicopatologia.

As primeiras e mais claras contribuições para o campo da clínica psicológica pertence ao Pai da Psicanálise, Sigmund Freud. Entretanto, as obras que tratam da história da psicologia e da constituição da clínica trazem quase que paralelo à proposta freudiana, as contribuições de uma psicologia clínica voltada especificamente para problemas infantis, atribuída a Lightner Witmer, aluno de Wundt, considerado o fundador da psicologia. Em diversos trabalhos no campo da psicologia que iam desde a psicologia experimental às orientações no campo da pedagogia, Witmer teve seu início efetivo no campo da psicologia infantil quando lecionava na *University of Pennsylvania*, onde publicou um artigo registrando seu trabalho prático com crianças que possuíam problemas de aprendizagem. É creditado a ele também o início da utilização do termo psicologia clínica<sup>6</sup> (SCHULTZ; SCHULTZ, 2007, p.207). O aspecto que parece inscrever Witmer na história da psicologia clínica é o fato deste psicólogo ter iniciado seus trabalhos com as crianças utilizando-se não do espaço escolar, conforme eram comumente realizados os trabalhos da época, sobretudo, dos psicólogos envolvidos com os testes psicológicos, mas Witmer decidiu trabalhar em um espaço simétrico ao que hoje se conhece como clínica psicológica, atribuindo a ele a criação da primeira clínica da ciência psicológica. O trabalho deste psicólogo não havia

---

<sup>6</sup> Witmer foi questionado por umas das professoras da Universidade a respeito de um aluno de 14 anos que tinha dificuldade de aprender e soletrar. Witmer disse: “parece-me que, se a psicologia tiver algum valor para mim ou para qualquer pessoa, tem de ser capaz de ajudar algum professor em um caso de deficiência desse tipo.” (SCHULTZ & SCHULTZ, 2007, p.207). Tal fato foi importante para o autor no sentido de trazer para o campo da psicologia o sentido da prática.

adoção da psicoterapia, uma vez que ele estava preocupado em avaliar e tratar dos problemas de aprendizagem.

O contexto das ideias de Witmer e de seus colegas situa-se no debate sobre a cientificidade das ciências humanas e, portanto, da psicologia. Afirma-se que o desenvolvimento da psiquiatria possui grande influência nas ideias que irão mais a frente conformar as psicoterapias, ou melhor, a clínica psicológica. Sob este contexto é possível destacar a existência de duas correntes ou orientações que se dedicaram aos problemas psicológicos e psicopatológicos que tiveram prolongamentos na psicologia clínica e também na psiquiatria, a saber: o grupo de Witmer, Ribot, Dumas e Kraepelin e a outra composta por Charcot, Liébault, Bernheim e Freud (HUBER, 1993 *apud* AGUIAR, 2001, p.611).

Destaca-se a figura de Kraepelin a ambição de tornar a psicologia e a psiquiatria mais científicas. Karl Jaspers, influenciado pelas ideias de Kraepelin, elabora uma obra psicopatológica que conjuga as ciências naturais, mas que levam em consideração seus aspectos filosóficos. De modo bastante pontual, podemos dizer que a grande ênfase que se dá a psicopatologia, também chamada de psicopatologia fenomenológica, criada por Jaspers, consiste no fato deste autor ter se preocupado com o posicionamento que deveria ter um especialista ao receber um paciente, ou seja, não bastava apenas descrever e nomear os fenômenos subjetivos (RODRIGUES, 2005, p.5), tal como os compêndios de psicopatologia faziam na época, sendo importante “trabalhar com fenômenos realmente vividos pelos pacientes” (p.6). Em outras palavras, a psicopatologia fenomenológica de Jaspers buscava construir uma psicopatologia ancorada numa linguagem comum da vida e da sociedade e, antes de tudo, uma abordagem que levasse em consideração a relação entre médico-paciente.

Mas foi o legado Freudiano muito mais influente não somente na psicologia como em diversos campos das ciências, uma vez que com o advento da psicanálise inaugura-se outro modo de olhar e de disposição da relação entre médico-paciente, promovendo uma ruptura tanto epistemológica, quanto da prática clínica. Com a psicanálise não se tem mais uma clínica do corpo biológico, mas de um corpo e de suas relações simbólicas. Interessante notar que Freud em seus primeiros estudos e ainda influenciado pelo campo da neurologia, busca um fio condutor para a cura das doenças nervosas no substrato fisiológico e da anatomia.<sup>7</sup> Conforme sabemos o pai da

---

<sup>7</sup> Nesse momento Freud se vale para a condução de seu trabalho basicamente da técnica da hipnose.

psicanálise insatisfeito com o que encontrara desenvolve outro caminho para a sua teoria. No tratamento da histeria, ele descobre que tais sintomas histéricos não se articulam no corpo biológico, isto é, em sua estrutura, mas na verdade, possui correlação com a representação do corpo (PRISZKULNIK, 2000, p.6).

No desenvolvimento da psicanálise observa-se que muito mais que acrescentar algo a vida do paciente, faz-se necessário trazer algo a tona, uma vez que são esses “não-sabidos”, ou seja, é o conteúdo latente que se entrelinha-se com os sintomas patológicos.

Poupar a energia mental que [*o paciente*] está despendendo em conflitos internos, obtendo do paciente o melhor que suas capacidades herdadas permitam, e tornando-o assim tão eficiente e capaz de gozo quanto é possível. Não se visa especificamente à remoção dos sintomas da doença, contudo ela é conseguida, por assim dizer, como um subproduto, se a análise for corretamente efetuada (FREUD).

As ideias de Freud foram sendo germinadas por outro médico – Charcot - que o próprio Freud o considerava como um “mestre” onde, já iniciado nos estudos da histeria, descreveu completamente os fenômenos dessa doença, além de diferenciá-la de uma paralisia orgânica e se utilizando do método hipnótico. No entanto, a marca freudiana ainda produz grande influência no campo da formação dos saberes clínicos, isto é, das técnicas psicoterápicas existentes. Atualmente se registramos aproximadamente mais de 250 modalidades de psicoterapia é muito em função do legado de Freud (CORDIOLI, 2008).

No entanto, muitas destas “abordagens” ou “correntes” beberam da fonte da psicanálise, seja para segui-la como para opô-la. Portanto, podemos afirmar que no campo das psicoterapias temos uma diversidade de correntes psicológicas que ao longo dos anos foram se ligando a outras propostas epistêmicas e de compreensão do psiquismo, permitindo a construção de outras modalidades e de formatos de se realizar a clínica. De todo modo, é possível dizer que o eixo unificador de tais correntes é o apreço a concepção da subjetividade e da alteridade, que nos deteremos melhor na próxima seção quando abordaremos os aspectos da psicologia clínica contemporânea.

### **3.5.A Psicologia Clínica na Contemporaneidade**

Esta seção tem como objetivo apontar diversos eixos que em nosso entender foram fundamentais para a conformação das psicoterapias no estado em que se encontram na contemporaneidade. Um aspecto interessante mencionado por Figueiredo

(2007) e que deve ser trazido à tona em nosso trabalho consiste no fato de que se perguntar a qualquer aspirante a psicólogo ou mesmo àqueles estudantes de primeiros semestres qual campo da psicologia foi motivador para ingressar no curso, constata-se facilmente que o combustível para o ingresso se dá pela representação do psicólogo clínico, isto é, a imagem desse profissional no consultório, atendendo pacientes e ganhando bastante dinheiro para realizar seu trabalho. Conforme dissemos nosso intento é o de apontar os possíveis meandros dessa construção levando em consideração, sobretudo, o contexto da formação das abordagens psicoterápicas no Brasil. Vejamos no quadro abaixo um panorama da formação da psicologia que vai de 1830 até a década de 1960.

Quadro 1 – Elementos Relevantes para o Campo da Psicologia Clínica.

PERÍODO	ELEMENTOS RELEVANTES PARA O CAMPO DA PSICOLOGIA CLÍNICA		
<b>A )Pré-Psicologia no Brasil (1830-1900)</b>	<p><b>Contextualização:</b> Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e as teses que levavam em consideração as questões filosóficas e culturais; Faculdade de Medicina da Bahia e os estudos de aplicação social da psicologia no campo da criminologia.</p> <p><b>Teses e/ou trabalhos:</b> “<i>Proposições a respeito da Inteligência</i>” (José Augusto de Meneses, 1834) “<i>Psicofisiologia da percepção e das representações</i>” (José Estelita Tapajós 1890) Primeiro trabalho de psicologia clínica no Brasil: “<i>Estudo Psicológico de Afasia</i>” (Odilon Goulart, 1891).</p>	<b>B) - Contribuições dos médicos para a psicologia 1900-1920)</b>	<p><b>Contextualização:</b> Com influência de Wundt, inicia-se processo de cientificização dos trabalhos no campo da Psicologia Aplicação da Psicologia se dava no campo da perícia Forense Entre 1840 e 1900 registra-se um número de quarenta teses defendidas que tratam de temas psicológicos. Estudos que versam da relação indivíduo e cultura A partir de 1900 tem-se o surgimento de laboratórios de psicologia em hospitais e clínicas psiquiátricas e um maior rigor científico.</p> <p><b>Teses e/ou trabalhos:</b> “<i>Psicofisiologia acerca do homem</i>” (Francisco Tavares Cunha, 1851); “<i>Epilepsia e Crime</i>” (Julio Afrânio Peixoto, 1897)</p>
<b>C) Início da Institucionalização da Psicologia. (1920-1940)</b>	<p><b>Contextualização:</b> Influência da psicanálise Aplicação de técnicas psicológicas e psiquiátricas; Criação da primeira Sociedade de Psicanálise (1927) Forte relação entre Medicina e Psicologia: No RJ: Deolindo Couto, Antonio Austregésilo, Costa Rodrigues Na BH: Raimundo Nina Rodrigues, Juliano Moreira e Arthur Ramos Criação do Instituto de Seleção Profissional em Recife/PE (1925) Associação Brasileira de Psicologia</p>	<b>D) A psicologia e as Escolas Normais (1940-1960)</b>	<p><b>Contextualização:</b> Estudos pedagógicos e a intercessão da psicologia, nomes como Anísio Teixeira, Lourenço Filho; Adaptação do Teste Binet-Simon Mira y Lopez cria o Instituto de Seleção e Orientação Profissional (ISOP) Surgimento de catedras universitárias com a psicologia (USP) Decreto-Lei nº 9.092 de Março de 1946 cita a psicologia dentro da ampliação da filosofia.</p>

	(1924) <b>Teses e/ou trabalhos:</b> “ <i>Da Psicanálise: Sexualidade das Neuroses</i> ” (Genserico de Souza Pinto); “ <i>Introdução a psicologia social</i> ” (Arthur Ramos)		Portaria nº 328 que concede diplomas de especialização em psicologia educacional Lei nº 4.119 com a promulgação dos cursos de formação de psicólogos
--	--	--	---

Fonte: Elaboração do autor a partir de SOARES (2010).

Ressalta-se que com o quadro acima não se pretende totalizar os caminhos de formação da psicologia e, em nosso caso, da psicologia clínica e das psicoterapias, tratam-se apenas de apontamentos dos principais panoramas deste campo para a constituição da psicologia como ciência e profissão até a década 70. A seguir apresentaremos com mais detalhes alguns aspectos da psicologia no Brasil que contribuíram efetivamente para o marco-teórico-conceitual de nosso trabalho, ou seja, a configuração do campo das psicoterapias dentro da prática do psicólogo.

### **3.5.1. Práticas psi na década de 70 e 80: psicologismo, cultura da psicanálise e aplicabilidade dos saberes psi.**

Partindo da contextualização que apresentamos no quadro acima é possível perceber que a partir da década de 40 inicia-se a inserção da psicanálise no Brasil e que a grande parte dos historiógrafos da área (SOARES, 2010) retratam como apogeu desse processo de entrada da corrente fundada por Freud as décadas de 70 e de 80. Tomando como análise tais pressupostos é possível dizer que a grande referência que se tinha da própria figura do psicólogo estava presente quase que em uma totalidade na corrente psicanalítica, na medida em que a própria produção de conhecimento no campo das ciências humanas e dessa interface com a psicologia surgia efetivamente do legado freudiano.

Um aspecto a ser demarcado é que geralmente se apresenta a constituição das práticas psicanalíticas sempre a partir de uma crítica voraz a este campo, apontando-o como principal influenciador da cultura individualista que paira nas psicoterapias e, de modo mais amplo, na própria psicologia. Ora, é preciso levar em consideração o que dissemos anteriormente, isto é, que a psicanálise se inseriu na dimensão social, não apenas para conformar um modo individualista ou mesmo psicologizante, mas esta disciplina constituiu-se como um saber efetivo na vida dos sujeitos que procuravam no

método psicanalítico as explicações para suas questões. Nesse sentido, diz-se que a psicanálise somente emerge como saber legítimo nessa época, pois há tanto uma efetividade em suas práticas, quanto o entendimento por parte da sociedade de que este saber era distinto no que cerne as explicações acerca do psiquismo e do sujeito. Com relação a isso podemos tomar as palavras de Foucault (1996) quando nos fala acerca da noção de sujeito na sociedade moderna:

Uma coisa em todo o caso é certa: é que o homem não é o mais velho problema nem o mais constante que se tem posto ao saber humano. Escolhendo uma cronologia relativamente curta e um espaço geográfico restrito – a cultura europeia desde o século XVI – pode-se estar certo de que o homem é uma invenção recente. Não foi em torno dele e de seus segredos que, por muito tempo, obscuramente, o saber rondou. De fato, dentre todas as mutações que afetaram o saber das coisas e de sua ordem, o saber das identidades, das diferenças, dos caracteres, das equivalências, das palavras em suma, em meio a todos os episódios dessa profunda história do Mesmo – somente um, aquele que começou há um século e meio e que talvez esteja em via de se encerrar, deixou de aparecer a figura do homem. E isso não se constitui libertação da velha inquietude, passagem a consciência luminosa de uma preocupação milenar, acesso à objetividade do que, durante muito tempo, ficará preso em crença ou em filosofias: foi, sim, o efeito de uma mudança nas disposições fundamentais do saber. O homem é uma invenção recente, tal como a arqueologia do nosso pensamento mostra facilmente. E talvez ela nos indique também o seu próximo fim.  
(FOUCAULT, M. p.501, 1996)

As palavras de Foucault atestam, portanto, que a dimensão do sujeito enquanto valor é uma consequência dos valores estabelecidos na modernidade e que as psicologias e a psicanálise foram e são importantes artifícios para lidar com esta categoria. O outro equívoco visto recorrentemente na produção científica que trata dos temas da clínica psicológica ou, em nosso caso, das psicoterapias consiste na ideia de tomar a produção científica das décadas de 70 e 80 no Brasil como ausente ou ainda negligenciadora de uma crítica de sua própria atuação, nesse sentido que apresentaremos alguns trabalhos do período em questão que manifestam críticas fundamentais para o marco teórico conceitual de nosso trabalho.

É possível identificarmos trabalhos que partem essencialmente da análise e investigação de oferta dos saberes e das práticas *psi* às classes populares. Outra ênfase que aparece está preocupada em investigar os limites do psicologismo e a influência da psicanálise na cultura brasileira.

Com relação aos trabalhos citados, inicialmente destacam-se as contribuições de Luiz F. Duarte em obra seminal fruto de sua tese de doutorado denominada “Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas” (1986), cujo estudo intimamente ligado a antropologia se ocupou em compreender as significações que são



dadas pelos profissionais *psi* acerca dos sujeitos, oriundos das classes pobres, que comumente eram chamados de “doentes dos nervos”. A dimensão etnográfica deste trabalho situa-se então na tentativa do autor em estabelecer as pontes e as lacunas existentes entre os saberes instituídos nos campos da psicologia, psicanálise e psiquiatria, conforme dissemos, e as condições dos trabalhadores de Niterói-RJ. Esse mesmo autor em parceria com Daniela Ropa produz outro trabalho bastante interessante e ainda mais concatenado com a nossa pesquisa ao tecerem considerações acerca do atendimento psicológico às classes trabalhadoras, demarcando o que chamam de inadequação e limites dos saberes *psi*. Já neste trabalho os autores anunciam que a questão da inadequação das práticas deste campo na saúde mental vai além da substituição de técnicas verbais por técnicas corporais ou ainda pela adoção de outras formas de comunicação, por exemplo. Com relação a estes estudos Duarte e Ropa (1985) dizem:

Neles, o sistema psiquiátrico é aceito *a priori* e *in totum* como único possível e válido, as propostas limitando-se como assinalamos, as transformações na aplicação prática do modelo que supostamente o ajustariam à população em questão. Tampouco observamos nesses estudos uma preocupação em verificar a existência na população de modelos alternativos para lidar com períodos de crise ou mal estar “psíquico”. (p.179)

Outro estudo que merece destaque em nosso trabalho consiste na tese de livre-docência de Jurandir Freire Costa chamada de “Psicanálise e Contexto Cultural” (1989). A partir das dimensões culturais, conforme aponta o título do livro, Costa realiza um trabalho de reflexão a partir das psicoterapias, pois sua análise direciona-se a pensar cada dimensão psicoterápica longamente estruturada pelo campo *psi*, ou seja, o trabalho psicoterápico com os grupos e a questão da doença dos nervos nos ambulatórios públicos. É possível afirmar que o trabalho deste autor vai às raízes do processo saúde-doença, na medida em que analisa que os instrumentais psicoterápicos estão preparados para lidar apenas com uma nosografia padrão.

É que os distúrbios psicológicos apresentados serão reconhecíveis através da nosografia consagrada, e de que qualquer um destes distúrbios pode ser entendido ou explicado a partir de uma mesma noção de aparelho psíquico [...] Boa parte da clientela que afluía aos ambulatórios psiquiátricos queixava-se de um mal-estar cuja sintomatologia clínica driblava a nosografia tradicional: *a doença dos nervos*. (COSTA, p. 17, 1989, grifo nosso)

De acordo com Costa (1989) os preconceitos e os modelos de conduta das ciências *psi* acabam por não possibilitarem a compreensão de um modo específico de sofrimento, uma vez que estão ancorados em parâmetros de normalidade e

anormalidade. Além disso, o autor constata que não havia por parte daqueles que atuavam em ambulatórios e nem dos que pensavam as práticas nesses contextos um interesse em refletir sobre as questões das diferenças culturais.

O culturalismo, criticado justamente por seus cacoetes evolucionistas, funcionalistas ou liberalocêntricos; e, injustamente, por ter sido condenado aprioristicamente por muitos que sequer o conheciam, caiu em desgraça no meio intelectual brasileiro. Com sua queda, veio por água abaixo a atenção para com o problema das diferenças culturais. Durante um longo tempo, diferença cultural ecoou nos ouvidos psiquiátricos como *coisa de índio*. (COSTA, p.19, 1989)

No contexto da influência das práticas da psicanálise e da psicologia na cultura do Brasil não podemos deixar de fazer menção aos trabalhos de produção e organização de coletâneas de Sérvulo Figueira e, um pouco mais tarde, as contribuições de Cecília Coimbra. Sérvulo Figueira em “Cultura da Psicanálise” (1985) apresenta diversas produções que estão sintonizadas em demonstrar a penetração das psicologias e da psicanálise nas estruturas da vida social de nosso país, seja como ideologia, visão de mundo, sistema de representações, etc. Este autor talvez seja o que mais sintetiza o fenômeno da psicologização, uma vez que toma como fio condutor a produção de conhecimento do campo *psi*, enxergando as repercussões que possuem esse saber ao considerar que há sempre algo, melhor dizendo, uma “outra coisa” inscrita no domínio pessoal que vá trazer explicações para o sujeito; e outra fundamental contribuição se refere ao individualismo psicologizante que consiste em um tipo privilégio ao domínio da emoção, dos sentimentos ou modo de ser incorporado pelos indivíduos.

Ethos (ou código de emoções) é um individualismo psicologizante que privilegia a expressão da “emoção”, confundindo o pessoal antes inconfessável com recalcado ou reprimido, dando assim a esta expressão um sabor de liberação pessoal-política que brinda os envolvidos com uma inconfundível relação de bem-estar; dialeto (ou psicotagarelice expressiva-tradução não muito adequada, mas de propósito irônica, de *expressive psychobabble*). (FIGUEIRA, p.08, 1985)

Figueira considera fortemente que tais modos de concepção da cultura *psi* contribuem tanto para um modo diferente do indivíduo se relacionar consigo mesmo, além de não contribuírem para o avanço das ciências *psi*, uma vez que estas são dotadas de *a priori* que respaldam as práticas destes grupos.

Cecília Coimbra possui obra relevante no campo da psicologia e, ainda, na história que versa desta disciplina. A contribuição da autora para o marco teórico conceitual de nosso trabalho diz respeito à obra “Guardiães da Ordem – Uma Viagem pelas práticas psi no Brasil Milagre” (1995) que como se vê no título trata-se de um

resgate histórico-político acerca das práticas psicológicas e, neste caso, se referem realmente à psicologia na década de 60, 70 e 80. Destaca-se o trabalho da autora em inscrever em um mapa os diversos grupos de práticas da psicologia, a saber, a psicanálise, o psicodrama e as terapias ligadas ao que chama de Movimento do Potencial Humano e as instituições que compõem essa corrente. Esta obra consiste de fato num extenso trabalho da autora, não sendo possível abrangê-la em uma totalidade.

Nesse sentido, os principais aspectos relacionados intensamente ao nosso trabalho são: a privatização do cerco familiar e a influência da psicologia e a relação entre os grupos *psi* e as questões políticas, haja vista que na década de 70 vivia-se no período da Ditadura Militar. Com relação ao primeiro aspecto familiar, Coimbra (1995) demonstra que a psicologia contribuiu com a ênfase da dimensão individual ou intimista neste período, “na qual as pessoas se preocupavam apenas com suas histórias de vidas e com suas emoções particulares, em que o mundo exterior parece decepcionar, parece vazio e sem atrativos.” (p.33).

A partir das considerações da autora é interessante notar esse alinhamento entre o intimismo, fruto da cultura da psicanálise e da psicologia, conforme vimos com Figueira (1985), e uma dimensão societária, posto que o período da Ditadura e a imposição, por exemplo, do Ato Institucional nº 05 são reveladores de como os sujeitos devem se relacionar com o mundo exterior, uma vez que se trata de proibições ou censuras. A autora nos diz que é nesse espectro que a família assume função primordial. Sobre a relação entre intimização e família temos que:

O privado, o familiar, torna-se o refúgio contra os terrores da sociedade, nega-se o que acontece fora e volta-se para o que acontece dentro de si, de sua família. A intimização passa a ser uma preocupação constante, particularmente nos anos 70, nas classes medias urbanas brasileiras, criando a ilusão de que uma vez que tenha um sentimento ele precisa ser manifestado; afinal o interior é percebido como uma realidade absoluta (COIMBRA, C. p.33, 1995).

Não é preciso ir muito longe para compreender que essa dimensão interior, a que fala a autora, refere-se aos psicólogos. A autora diz que é nesse momento que a psicologia assume um lugar de destaque ao aceitar o papel de resgate daqueles que sofrem de suas dimensões interiores, negligenciando as dimensões sócio-políticas (ufanismo e modernização do Brasil) frutos, em última instância, da lógica capitalista.

A liberdade sexual, o controle de natalidade, “a dissolução” dos casamentos, a instituição do divórcio, “o sexo sem freios”, a emancipação intelectual, profissional e sexual da mulher, o “crepúsculo do macho”, a socialização dos serviços domésticos necessitam ser disciplinados, normatizados. É em cima de tais questões que o especialista “psi” entra e detém seu monopólio, pois

diferentemente do padre e do médico, ele, com sua providencial neutralidade “verifica o desejo do seu cliente”. A família torna-se consumidora ávida de tudo o que pode ajudá-la a “realizar-se”.  
(COIMBRA, p.38, 1995).

Mesmo não podendo ser situado precisamente nas décadas de 70, os trabalhos de Coimbra, já apresentado por nós, Luiz Cláudio Figueiredo (2007) e Lo Bianco *et al* (1994) são fundamentalmente importantes obras para contextualizar esse período. No que diz respeito a Figueiredo (2007) destaca-se o livro “Revisitando as Psicologias” onde realiza um trabalho de pensar o lugar da psicologia e do psicólogo clínico frente às psicologias. É importante mencionar que o trabalho é fundamental por realizar uma discussão apurada acerca da dispersão dos saberes e práticas da psicologia. No que se refere à temática da clínica psicológica, percebemos a contribuição do autor ao revelar algumas confusões na psicologia relativa à figura do psicólogo clínico. Para este autor este campo goza de certo “prestígio” dentro da psicologia, pois foi constituído historicamente como campo disponível para responder aos problemas ligados ao sofrimento psíquico. Além disso, é possível perceber que nos outros campos ou disciplinas da psicologia havia uma inclinação para se tornarem clínicos, a fim de avançar noutros espaços da psicologia. Por fim, registra-se a ideia de que para Figueiredo a clínica gera um saber que não se torna apenas “teoria”, podendo definir que esse campo vai desde o mais interventivo (resolução de problemas de aprendizagem, por exemplo) a dimensões epistemológicas.

Por fim considera-se o trabalho de Lo Bianco *et al* (1994) como um dos primeiros trabalhos que buscava pensar as dimensões das práticas psicológicas e as repercussões para a formação de psicólogos surgidas de um engajamento do próprio Conselho Federal de Psicologia (CFP). Na pesquisa citada, entrevistou-se 23 psicólogos que desenvolviam trabalhos teóricos ou práticos de relevância. A pesquisa dos autores trouxe como resultados diversas concepções emergentes da psicologia clínica, apontando ainda que o binômio “normalidade” e “patologia” possuía forte associação a este campo.

Segundo Lo Bianco *et al* (1994) baseado na pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 1998, registram-se alguns critérios que são utilizados com certa frequência para definir o fazer tradicional da psicologia clínica:

- “a) Atividades de psicodiagnóstico e/ou terapia individual ou grupal;
- b) Atividades exercidas em consultório particular;
- c) Profissional liberal, autônomo, não inserido em serviço de saúde;

- d) Enfoque intraindividual, com ênfase nos processos psicológicos e psicopatológicos centrado em um indivíduo a-histórico;
- e) Hegemonia do modelo médico, traduzida na aceitação da autoridade profissional na relação com o paciente, não questionando o saber e a prática das reações deste. (p.46).”

A partir dos autores em questão, a concepção preconizada de Psicologia Clínica caracteriza-se pelo atendimento em consultório privado, aos grupos sociais de média e alta classe realizando “pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico e atenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas.” (LO BIANCO *et al*, 1994).

O deslocamento desses profissionais para o campo da saúde começou em meados da década de 90, pois a tradição tanto da formação quanto da prática da psicologia liberal sofreu com a quantidade excessiva de profissionais atuando na clínica e com o próprio movimento da categoria *psi* em buscar outros postos de trabalho, conforme veremos na próxima seção.

### **3.5.2. Movimento da psicologia e do compromisso social: psicologia comunitária, psicologia social e constituição do campo psicologia da saúde.**

Vimos na seção 3.5.1 que mesmo na década de 70 e 80 já era possível constatar diversas críticas à ciência da psicologia. Alguns movimentos e/ou correntes da psicologia além de empreenderem uma crítica às psicoterapias (psicologia clínica) e, de modo mais amplo, para a própria psicologia, tiveram o papel de fundar campos de investigação e de atuação do psicólogo a partir da década 80.

A atuação da psicologia no campo das políticas públicas, até então, era considerada limitada e, conforme apontado, pautando-se na maioria das vezes na continuação das práticas do *locus* da clínica psicológica para os ambulatórios. Talvez o grande diferencial da crítica realizada para este campo consistia em considerar que, ao estar balizada apenas nas dimensões mentais, a psicologia acabava por não transformar o modelo já estabelecido pela biomedicina.

Ana Bock desenvolve diversos trabalhos que tem por objetivo caracterizar a relação do profissional de psicologia com a sociedade, apresentando uma espécie de defesa de que este profissional necessitaria transformar sua prática, tornando-a, como já dissemos mais vinculada às demandas da maioria da população brasileira, pensando ainda sua relação com a América Latina. Paulatinamente transcorriam mudanças no

cenário político-social desse continente e, em específico, do Brasil. No que se refere à psicologia, era o momento em que completava 40 anos de profissão regulamentada, havendo considerável inserção deste profissional no campo das políticas sociais/públicas, entretanto, ainda se questionava se a maior cobertura de psicólogos representava um maior compromisso desse profissional para com as camadas mais amplas da população (YAMAMOTO, 2009). De acordo com Yamamoto (2009) tínhamos um cenário em que a “questão social” se fortalecia dentro do processo democrático, entendendo este contexto como um “processo de formação e desenvolvimento das classes operárias e de seu ingresso no cenário político da sociedade” (p.43). Mesmo reconhecendo essa permeabilidade do Estado para as questões sociais, fruto evidentemente dos tensionamentos entre movimentos sociais, havia a convivência com um Estado nos moldes neoliberais que em síntese adotava modelos de descentralização dos serviços ou ainda ofertava serviços mediante a capacidade do pagamento do usuário. A psicologia buscava, portanto, se equilibrar nessa “gangorra”, uma vez que historicamente esteve alicerçada aos princípios privatistas, já que geralmente os profissionais atuavam como autônomos e daí a total influência da psicologia clínica que, por outro lado, se inseria no contexto das políticas sociais. Vejamos o que diz esse autor acerca da problemática da psicoterapia nesse debate da prática do psicólogo:

O modelo tradicional de psicoterapia tem impedido o psicólogo de desenvolver ações de atenção primária a saúde (embora outros autores, como Campos (1998), lembrem que a psicoterapia, embora não seja a única, não deixa de ser uma atividade de atenção primária à saúde, coerente com as distinções entre ações de cunho preventivo e compensatório). A questão em jogo não nos parece simplesmente a possibilidade ou não da transposição de recursos técnicos tradicionais da psicologia em especial, o instrumental clínico desenvolvido para contextos socioculturais bastante diversos nos serviços públicos de saúde, mas a viabilização de uma prática que possa se articular, de forma qualificada, nas chamadas “políticas de vigilância da saúde”. (YAMAMOTO, p.49, 2009, grifo nosso)

Com relação ao continente sul-americano destacamos o surgimento, a partir de 1975, da expressão “psicologia comunitária” que se inseria nesse movimento de redirecionamento das práticas da psicologia, com vistas ainda na grande necessidade de superação dos problemas socioeconômicos desta região (GÓIS, 2005). Havia nessa corrente uma forte conotação de estudos comunitários e ênfase em movimentos que se dão na esfera comunitária, além da influência da Psicologia Social Crítica, da Teologia da Libertação e da Educação Popular. Por conta da inserção desse movimento, a partir das vertentes que questionavam os modelos de governo e de sociedade, era natural

haver um deslocamento para os diversos cenários em que houvesse a marginalização das camadas mais pobres e das minorias como, por exemplo, movimentos de saúde, entre outros.

Especificamente no campo da saúde, demarcam-se os trabalhos de Benevides (2005); Dimenstein (2000); Traverso-Yépez (2001); Spink (2007), entre outros, como importantes indutores deste trabalho ao exporem os desafios da psicologia com o SUS, justamente ao apontarem a importância de compreendermos a cultura profissional do psicólogo brasileiro e, dessa forma, denominam que a identidade desse profissional seria ancorada em um modelo hegemônico de subjetividade a qual Dimenstein (1998) chama de “sujeito psicológico”, sendo este sujeito desenvolvido a partir do ideário individualista e engendrado pelos próprios saberes *psi*, podendo ser pensado como um dos efeitos da sua difusão. Nesse sentido, além de perceberem a necessidade de que esses profissionais de psicologia estivessem em sintonia com as práticas de saúde preconizadas pelo SUS, apontam para pensarmos a relação entre a clínica e o social, tensionando os pressupostos éticos e práticos da clínica psicológica, questões fundamentais para o marco teórico conceitual deste trabalho.

Além da contextualização referente a estes movimentos que serviram de base para questionar o campo das psicoterapias, é necessário trazer alguns elementos históricos que tratam da entrada efetiva da psicologia no campo da saúde.

Oficialmente a psicologia adentrou neste campo realizando atividades que priorizavam ações básicas e de saúde, principalmente na atenção primária e ambulatorial. Essas estratégias tinham por nome Ações Integradas de Saúde (AIS) e surgiram logo com a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em um contexto de “reorientação da Assistência à Saúde no nível da Previdência Social.” (SOMBINI, 2004, p.50). Com a ratificação da Portaria Interministerial MS/MPAS/MEC de 07 de Julho de 1984, as AIS passaram a compor o eixo de atenção integral a saúde da população que deveriam ser implementadas através de serviços regionalizados e organizados em redes de unidades de saúde (Atenção Primária), rede de ambulatórios para atendimentos especializados (Atenção Secundária) e rede hospitalar (Atenção Terciária).

De acordo com Lo Bianco (1994) a inserção do psicólogo no campo da saúde é marcada pela contradição de movimentos sociais que envolviam: “empresários da saúde, profissionais engajados na transformação da situação da saúde da população,

lutas da população por saúde e outro movimento questionando as políticas públicas dominantes durante o regime autoritário” (p.50-51).

A partir de 1983 se inicia a implantação de equipes mínimas de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde com a presença do psicólogo, psiquiatra e assistente social, a fim de realizarem ações no âmbito da atenção básica. Da realização das Ações Integradas em Saúde (AIS) até a implantação do SUS o psicólogo vem sendo absorvido pelos serviços de saúde, entretanto “sem uma reformulação de seu processo de formação, ainda direcionado para atuação no modelo clássico” (LO BIANCO *et al*, 1994). Já com o SUS em curso, a inserção desse profissional junto a Reforma Psiquiátrica se dá por meio da eclosão do campo da saúde mental (FERREIRA-NETO, 2011, p.98). Esse movimento tinha por influências diversas experiências que surgiram fora do Brasil, tais como o preventivismo, as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psicoterapia democrática italiana e, evidentemente, os anseios da Reforma Sanitária Brasileira. Mesmo a psicologia tendo caminhando no esteio da Reforma Psiquiátrica e empreendido uma crítica ao modelo asilar, entende-se que a inserção da psicologia no SUS por essa via não conseguiu desvincular totalmente a associação dessa categoria da atuação voltada para os aspectos individuais, isto é, da clínica individual, das técnicas psicoterápicas preconizadas nos cursos de psicologia do Brasil.

Desde a década de 70 até hoje, acompanhamos o surgimento de diversas propostas que, ainda tateando espaços, buscam reformular a prática do psicólogo e da psicologia clínica e que ainda não possuem uma conformação deste fazer, seja na atenção primária e mesmo atenção secundária (FERREIRA-NETO, 2004; 2011). Vejamos então outra colocação que ilustra bem as dificuldades desse profissional ao lidar com o campo do “público”:

Na prática do psicólogo é a profissão liberal, que ocupa outro espaço idealizado, largamente reforçado pela nossa própria formação que está direcionada neste sentido, pelo menos até agora [...] O horizonte do trabalho institucional fica constantemente recortado por esta aspiração de ser um psicólogo sério, com consultório privado, onde poderá fazer clínica em profundidade [...] Assim, o trabalho que se está realizando numa instituição é provisório, até que se atinja a desejada idealização [...] marca-se uma série de resistências a canalizar sua própria formação para um saber que lhe permita ter – nas instituições onde está – uma prática mais condizente, mais rigorosa e, portanto, mais gratificante. (SOMBINI, 2004, p. 230)



Portanto, parece haver um entendimento de que desde a década de 70 até os dias de hoje, o que se chama de “campo da clínica” vem passando por inúmeras transformações conceituais e de busca por reformulação da postura desse profissional nos permitindo dizer que existem duas perspectivas em voga, “a psicologia clínica tradicional”, exercida predominantemente em consultórios privados e as “novas concepções clínicas”, esta última advinda em muito da inserção desse profissional no campo da saúde coletiva. De acordo com Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003) *apud* Souza (2007):

Acompanhamos, então, as várias etapas por que passa essa configuração da clínica em psicologia e podemos tipificá-las através da passagem de uma prática dirigida ao atendimento diádico, exercido no âmbito privado, para um amplo espectro em que o psicólogo está presente, não mais apenas nos consultórios, mas participando nas instituições, nas comunidades, nas inúmeras frentes de trabalho em que se vislumbra a possibilidade e exercício e aplicação do conhecimento psicológico. (p.26)

Mary J. Spink ao abordar o surgimento da atuação da psicologia no campo da saúde parte da afirmação de que a psicologia entra neste campo, munida de seu saber técnico e de sua experiência clínica tradicional sem questionar a validade da transposição de um modelo para outro (SPINK, 2007; 2011). Para a autora, a psicologia “da” saúde e não “na” saúde teria que ser uma especialização da psicologia social, uma vez que a psicologia social da saúde foi um dos campos a criticar a postura da clínica, demarcando a necessidade de uma ciência em sintonia com o social-comunitário.

### **3.5.3. Breve contextualização da Clínica psicológica e do SUS.**

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2012) temos aproximadamente 29.000 psicólogos atuando no campo da saúde o que nos permite dizer que de todos os campos em que a psicologia possui inserção (Clínica, Educação, Organizações, etc.) e a saúde é atualmente o lugar que abriga a maioria desses profissionais. Esse campo “saúde” na pesquisa em questão não se restringe a Atenção Primária em Saúde, mas envolve aqueles profissionais que atuam tanto na Atenção Secundária em Saúde, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou na Atenção Terciária em Saúde, de todo modo é possível afirmar que a grande maioria de psicólogos está nas políticas de atenção básica, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) (SPINK, 2007 p.61-62). De acordo com Mary Jane Spink (1992) a psicologia é reconhecidamente uma profissão da área da saúde, muito em virtude do SUS que

incluiu e que permanentemente inclui a maioria do contingente de psicólogos nos diversos serviços.

Nesse sentido enxerga-se a necessidade de discutir sobre a articulação da psicoterapia, artífice da psicologia clínica, com a ESF, além de resgatarmos as diversas críticas que tanto na psicologia, quanto na saúde coletiva fizeram e ainda fazem a este campo. Além disso, tais discussões parecem impulsionar este profissional a refletir sobre sua prática e, principalmente, sobre a realidade que antes era desconhecida, permitindo assim o surgimento de novas formas de atuação.

Com todas as dificuldades enfrentadas que foram apresentadas parece que a psicologia começa a dar seus primeiros passos na construção de um fazer específico no SUS. Dutra (2004) nos diz que, com as diversas críticas realizadas pelos autores do campo da psicologia da saúde serviram para transformar não somente a aplicação, ou seja, o “ato clínico”, mas também do compromisso ético deste profissional frente à população.

Isto implica significativas alterações na concepção de sujeito e, conseqüentemente, novas interpretações das teorias psicoterápicas. A nova concepção de clínica na psicologia passa, então, a buscar uma articulação mais concreta entre a clínica e o social (DUTRA, 2004, p.382).

A autora reitera que é preciso não somente realizar uma articulação entre clínica e social, mas também realizar transformações nas concepções de sujeito e objeto dessa área da psicologia. E nisso, incluem-se noções teóricas como subjetividade, individualidade, etc. (p.382). Ferreira-Neto (2011) abordando o campo da saúde mental afirma que a psicologia imersa neste campo conseguiu trazer contribuições para o SUS e este último conseguiu deixar marcas definitivas no campo da clínica psicológica. Observa-se ainda o surgimento de algumas propostas e estratégias a partir do interior da própria clínica que visam reformular o seu instrumental, ou seja, repensar as técnicas psicoterápicas para o campo das políticas públicas e, especificamente, no SUS. Segundo Dutra (2004) “o novo fazer clínico inclui uma análise do contexto social em que o indivíduo está inserido. O referencial teórico, assim, deixa de ocupar o espaço de principal norteador da prática, que passa a ser ocupado pelo compromisso ético do psicólogo.” (p.382).

É possível dizer que, contemporaneamente, os trabalhos que versam dessa discussão da psicologia e o SUS quase sempre são atravessados por uma discussão que concerne às psicoterapias, principalmente refletindo sobre a necessidade da psicologia

de revisar suas práticas para atuar neste contexto (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; DIMENSTEIN, 2001), ou traçando paralelos epistemológicos entre a clínica e a prática da psicologia (BENEVIDES, 2005; PAULON, 2004) e, por fim, elaborando práticas na APS (FERREIRA-NETO, 2004). Assiste-se também ao surgimento de trabalhos que tentam compreender as significações das técnicas psicoterápicas prestados pelos psicólogos nos serviços públicos (LIMA, NUNES, 2006), compreendendo que nosso trabalho se insere nessa perspectiva.

De todo modo é possível afirmarmos que todos os trabalhos parecem tentar dar conta das lacunas existentes na formação desse profissional, da superação do modelo tradicional da psicologia e seu afastamento do contexto social dos serviços públicos (CARVALHO, BOSI e FREIRE, p.71, 2009).

#### **3.5.4. Panorama da clínica psicológica e das psicoterapias em outros contextos.**

É importante mencionarmos que a discussão acerca de atendimento ou oferta de psicoterapia em políticas públicas e, assim, direcionada às classes populares também é registrada em outros países. Em Portugal, por exemplo, encontramos um panorama parecido, uma vez que a psicologia nesse país também se desenvolveu prioritariamente a partir da psicologia clínica, deflagrando uma problemática parecida com a do Brasil, isto é, a inadequação da prática psicológica em contextos específicos: o hospital e os hospitais psiquiátricos (RIBEIRO; LEAL, 1996).

#### **3.5.5. Exemplos de ressignificações dos modelos psicoterápicos na contemporaneidade.**

Na perspectiva de realizar uma apreciação do campo das psicoterapias, apresentaremos alguns aportes que tem buscado atuar na produção do cuidado, acolhimento e escuta no contexto das políticas públicas em saúde e em parceria com estas. Apontamos especificamente três “modelos” interventivos, a saber: a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TC), a proposta da Psicologia Clínica-Comunitária e, por fim, o Plantão Psicológico.

A Terapia Comunitária (TC) foi desenvolvida no ano de 1987 na comunidade do Pirambu, em Fortaleza/CE pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, psiquiatra e docente do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) com o objetivo de fornecer àquela comunidade um espaço de acolhimento, de partilha de sofrimentos e de troca de experiência em

nível grupal e horizontal. A TC tem por base a Etnopsiquiatria, a Saúde Coletiva, a Teoria Sistêmica, Antropologia Social, Teoria da Comunicação, Teoria da Resiliência, Educação Popular e o Método Paulo Freire (ANDRADE *et al*, 2008). Para a realização da TC é necessário que se tenha o terapeuta comunitário cuja função será de conduzir o processo do grupo que no caso é chamado de Roda Comunitária. Na Roda Comunitária é disparado o ponto de início desta proposta terapêutica quando apresentada uma “situação problema” por parte de algum integrante e, a partir desta problemática apresentada, que pode se caracterizar por um sofrimento, que por sua vez pode possuir diversas origens biológicas, psicológicas, sociais e políticas, entrelaçadas entre si e que a partir dessa compreensão serão pensados recursos de acolhimento para a escuta dos integrantes e da relação destes problemas refletidos junto com a própria comunidade.

A TC atualmente integra o rol das atividades complementares da ESF (BRASIL, 2011), tendo desde sua criação um processo expansivo, através da formação de terapeutas das mais diversas formações e classes sociais. De acordo com ANDRADE *et al* (2008) a TC tem se apresentado com função complementar e, para tanto, não tem pretensões de lidar com questões ligadas a patologia, direcionando tais casos aos profissionais de nível superior (médico, psicólogo, entre outros).

Apesar desta proposta não constar nenhuma publicação acerca dos questionamentos a essa prática, é possível compreender algumas críticas a esse método realizado por profissionais do campo da saúde. Em geral questiona-se exatamente o fato da TC buscar se constituir como prática psicoterápica legitimada dentro do SUS, gerando uma espécie de monopolização das questões ligadas a psicoterapias que, em última instância, pode ser lido como uma perda do “terreno psicoterápico” por parte dos psicólogos.

Por outro lado esta proposta traz um importante questionamento às psicoterapias, na medida em que trabalha com a perspectiva de que a própria comunidade pode trazer soluções e acolhimento para as questões dos sujeitos envolvidos, sendo o terapeuta um facilitador desse processo de escuta. Outro aspecto digno de menção se refere à efetiva facilidade de comunicação entre o terapeuta comunitário que, geralmente são moradores do bairro ou o próprio Agente Comunitário de Saúde (ACS). A proposta da Psicologia Clínico-Comunitária é uma construção de César W. Góis e tem como objetivo preencher a lacuna existente no que diz respeito à atenção psicológica para as comunidades periféricas. Góis (2012) aponta que os espaços de políticas públicas de saúde, por exemplo, CAPS e o CRAS, não conseguem lidar

com essas demandas, na medida em que o primeiro está voltado para os casos severos e, ainda assim, não consegue ser efetivo na redução destes casos, e o segundo por se ocupar de questões sociais e de direitos, mas que também não consegue ser efetivo em sua cobertura acerca das questões ligadas ao sofrimento psíquico. Paralelo a isso, os cursos de psicologia não estão preocupados em lidar com tais situações e “quando se debruçam sobre esta questão, partem de perspectivas e concepções enviesadas, além de métodos e posturas de classe distantes da realidade da periferia.” (GÓIS, p.10, 2012).

A Psicologia Clínico-Comunitária está inserida no longo desenvolvimento da proposta da Psicologia Comunitária do Ceará, devendo ser contextualizada dentro das propostas surgidas no campo da psicologia e das ciências sociais na década de 70, conforme vimos anteriormente. De acordo com Góis (2012) esta proposição deixa clara a relação entre o sofrimento psíquico e opressão social que, para o autor, envolve o ser pobre, produção social do ser pobre, estresse continuado do oprimido, sofrimento do oprimido e potência de vida. Na concepção apresentada, tem-se como pressuposto de que este ser pobre (envolve um sentir-se, aceitar-se, além de incorporar o ser pobre) contribui de forma efetiva para que o sujeito tenha seus potenciais de vida reduzidos e fracasse subjetiva e socialmente.

O sentir-se pobre embota e/ou limita a vida do morador, impede a manifestação do valor pessoal e do poder pessoal. Quando sentimentos de autovalorização brotam, geram novos sentidos e estes passam a mover a consciência antes fatalista para uma condição ativa e aberta à libertação e à emancipação (GÓIS, p.119, 2012).

Ao aceitar a condição de pobreza, o sujeito experiencia um processo de estresse negativo, visto que diante das condições sociais e materiais em que é acometido dificulta a sua mudança e seu desenvolvimento como pessoa. Para o autor, faz-se necessário uma mudança tanto nas condições subjetivas, quanto nas condições sociais desse sujeito para que hajam expressões de crescimento pessoal. Outro fator interessante a ser destacado diz respeito ao destresse que, para o autor, é uma séria “disfunção organísmica de natureza relacional, individuo-ambiente social, geradora da maioria das enfermidades do morador, gerando ansiedade, depressão e desorganização dos órgãos e de submissão e resignação” (GÓIS, p.121, 2012).

O autor revela, portanto, uma situação de desamparo que se dá nos diversos níveis por parte destas populações e que cabe a psicologia e, nesse caso, a Psicologia Clínico-Comunitária desenvolver um método para lidar com essa questão.

O método Clínico-Comunitário consiste na integração da prática clínica na dinâmica comunitária, visando fomentar sentimentos de potência de vida, de diálogo e ação grupal, além de disponibilização da escuta e da fala. Góis assinala alguns passos para a tal prática: a primeira consiste na articulação e comunicação entre as diversas esferas comunitárias, incluindo o que chama de atores institucionais (políticas públicas, por exemplo), entre outros, para a criação de um fórum. Este fórum constitui-se como espaço político, mas que visa a problematização e compartilhamento dos problemas de saúde das pessoas. O segundo aspecto se refere à Terapia pelo Encontro que advém do Círculo do Encontro que tem por base a Psicologia Comunitária cearense. Esta proposta envolve um processo de diálogo entre os participantes, mas também de diversas outras atitudes necessárias para a facilitação do grupo, a saber, as experiências através da dança, a distribuição das pessoas face-a-face, preceitos estes propostos por Paulo Freire, Carl Rogers e Rolando Toro. A Terapia pelo Encontro está voltada para o acolhimento do sofrimento dos moradores também mediante a escuta.

Góis desenvolveu ainda quatro linhas de facilitação que são 1) Conversa Existencial, 2) Diálogo-Problematizador, 3) Dramatização e 4) Vivência Biocêntrica. A Conversa Existencial diz respeito sobre a possibilidade de o sujeito falar de si mesmo e isso pode se dar em díade, em tríades ou mesmo em grupo, permitindo assim o acolhimento e a escuta entre os próprios participantes e, ainda, com os facilitadores do grupo. No dizer do autor a conversa pode abranger momentos de fala em que o sigilo deve ser respeitado. O diálogo-problematizador envolve uma conversa que se dá no plano mais social, mas que envolve a todos os participantes, recurso este fruto das contribuições de Paulo Freire. A dramatização consiste num modo de “retomar as vivências gravadas na história individual e coletiva, trazê-las ao presente como vivência do presente e não do passado” (p,165), tendo este método influência do Psicodrama de Moreno e do Teatro do Oprimido de Augusto Boal. Por fim, Cezar Góis aponta a Vivência Biocêntrica como expressão que se dá por meio da dança, da corporeidade, direcionada a um processo pré-reflexivo.

A terceira e última proposta a ser apresentada diz respeito ao Plantão Psicológico surgido na década de 70 que consiste em um serviço psicoterápico, isto é, uma relação entre duas pessoas (plantonista e o sujeito) que se propõe a responder as necessidades imediatas dos clientes (que poderão ser psicológicas ou de qualquer ordem). O plantão psicólogo é uma modalidade de atendimento advinda do Aconselhamento Psicológico e que no dizer de Mahfoud (1999) busca “romper com os

limites estabelecidos pelo descompromisso teorizado de tantas psicologias, pelo reducionismo sentimental de algumas propostas de psicologia que se querem humanistas” (p.11).

Como se vê, a proposta do plantão psicológico nasce essencialmente das abordagens humanistas, prioritariamente da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), buscando responder as demandas advindas para o campo da psicologia clínica.

Entender a Psicologia apenas como Psicologia Clínica clássica, esta entendida como psicoterapia individual, realizada nos consultórios particulares duas a quatro vezes por semana, por longo período, empobrece as possibilidades do atendimento ao sofrimento humano. O fenômeno da evasão dos clientes parece denunciar que a psicoterapia não é suficientemente boa (parodiando Bion) para todas as pessoas em qualquer momento e que era necessário ouvir os usuários de nossos serviços e propor dispositivos clínicos mais adequados. (TASSINARI; CORDEIRO; DURANGE, 2013).

Atualmente acompanha-se o surgimento de diversas propostas de Plantão no contexto brasileiro que em sua maioria estão interligadas a Serviços-Escolas ou Serviços de Psicologia Aplicada dos cursos de graduação em psicologia que partem da necessidade de oferecimento de ajuda a quem procurar estas modalidades psicoterápicas.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Sobre o modelo metodológico e a concepção epistemológica.**

O presente trabalho tem por enfoque metodológico o referencial qualitativo. O termo “qualitativo” implica numa necessidade de partilha densa com pessoas, (CHIZZOTI, 2003) ou ainda uma abordagem que está interessada no microssocial, baseada em palavras, histórias e narrativas, cujo interesse é a dimensão subjetiva (BOSI; MERCADO, 2007). Nesse sentido, pode-se dizer que a escolha deste enfoque se dá quando o significado subjetivo é central num trabalho de pesquisa.

Ainda de acordo com Bosi e Mercado (2007) são vários os motivos que legitimam a necessidade de adotar esse enfoque como método de pesquisa, a saber, “a não neutralidade do investigador, a não representatividade estatística das amostras selecionadas e a conseqüente impossibilidade de generalizar os resultados e replicar os estudos” (p.24).

Uma característica importante apontada pelos autores e que o presente trabalho adequa-se perfeitamente, refere-se ao fato de tomar como ponto de vista seja para avaliar, organizar ou planejar a opinião dos sujeitos envolvidos nos serviços, passando ainda a considerar a visão destes não como a determinante, mas como uma visão dentre as existentes. Podemos denominar tal perspectiva como compreensiva, pois a análise dos fatos sociais não cabe apenas ao pesquisador.

As análises dos sujeitos sociais envolvidos nos serviços/programas sobre estas experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. A análise de serviços envolve também a análise da “consciência histórica” de seus agentes e de suas representações sociais, que por sua vez estarão objetivadas em suas práticas (DESLANDES, 1997, p.105).

Na pesquisa qualitativa tanto pesquisador, quanto os sujeitos estão envolvidos no processo de construção do conhecimento e ao primeiro é fundamental para que o empreendimento da pesquisa seja frutífero a incorporação da reflexividade. A reflexividade funciona como um exame minucioso, questionador e permanente dos achados da pesquisa, do pesquisador e dos participantes envolvidos. Oliveira (2009) a partir das contribuições de Pierre Bourdieu (2005) nos indica o que o processo de reflexividade deve buscar:

Uma ruptura com o conhecido e o generalizado, evitando as armadilhas da pretensão do conhecimento do fato social e do



conhecimento de suas determinações pelos atores e testemunhas, visto que seguindo este caminho podemos nos deixar levar pela representação dominante. Assim, na definição do objeto estudado o pesquisador deve buscar o máximo possível de autonomia, procurando construir explicações fundadas sobre variáveis não imediatamente notadas pelos indivíduos, cujas percepções são deturpadas política, social e institucionalmente pela família, pela escola, pelo Estado. (OLIVEIRA, 2009, p. 94)

Essas estratégias metodológicas apontadas pelo autor como “rupturas” são realizadas a partir de uma delimitação teórica, nesse sentido, são apontadas por MINAYO (2002) como “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (p.16).

#### **4.2. Sobre os aspectos interpretativos: a hermenêutica.**

É possível dizer que a hermenêutica nasce como método de interpretação desenvolvido principalmente pelas disciplinas associadas à interpretação dos textos bíblicos ou canônicos.

Os principais expoentes dessa filosofia são os autores Hans Gadamer (1900-2002) e Paul Ricoeur (1913-2005) que, em síntese, desenvolveram uma “filosofia universal de interpretação e das ciências humanas que acentua a natureza histórica e linguística de nossa experiência no mundo”. (GRODIN, p. 13, 2012). Não se tem como objetivo apresentar uma totalidade de tais perspectivas hermenêuticas, compreendendo que este trabalho está situado numa perspectiva de inspiração hermenêutica. Reconhece-se a importância de tal inspiração, pois esta filosofia se distancia de um determinismo universal ao se debruçar do agir humano. O agir humano que a partir de Ricoeur (1989) é correspondente ao texto consistindo no que chama de uma “obra aberta cuja significação é dada através de sucessivas interpretações.” (p.10).

A partir da hermenêutica com inspiração em Ricoeur, pode-se considerar que a compreensão de um texto, na medida em que requer diversas interpretações, é tomado pelo leitor como uma espécie de acesso a um nível de interpretação.

Primeiro uma palavra, depois uma sentença, depois um parágrafo. Estas partes contribuem com o significado total do trabalho, portanto podemos falar aqui sobre um movimento constante entre as partes e o todo. (LAWN, p.69, 2007)

Ricoeur ao abordar as possibilidades interpretativas de textos escritos ou de “textos falados”, ou seja, a fala diz que um texto é todo aquele discurso fixado pela

escrita, portanto, é possível entender a partir do autor que há uma anterioridade da fala que pode ser fixado na escrita.

O que é fixado pela escrita é, pois, um discurso que poderia ter sido dito, é verdade, mas que se escreve, precisamente, porque não se diz. A fixação pela escrita surge no mesmo lugar da fala, quer dizer, no lugar em que a fala poderia ter nascido (RICOEUR, p. 143. 1989).

Ao considerar a relação direta existente entre o discurso e a escrita faz com que Ricoeur também compreenda que há uma relação direta entre a escrita e a leitura, na medida em que se o diálogo ou conversa se tratam de perguntas e respostas, não é possível dizer que tal troca ocorra entre o escritor e o leitor.

O escritor não responde ao leitor; o livro separa até em duas vertentes o acto de escrever e o acto de ler, que não se comunicam; o leitor está ausente da escrita; o escritor está ausente da leitura. O texto produz, assim, uma dupla ocultação do leitor e do escritos; é deste modo que ele toma o lugar da relação de diálogo que liga, imediatamente, a voz de um ao ouvido do outro (RICOEUR, p.143, 1989).

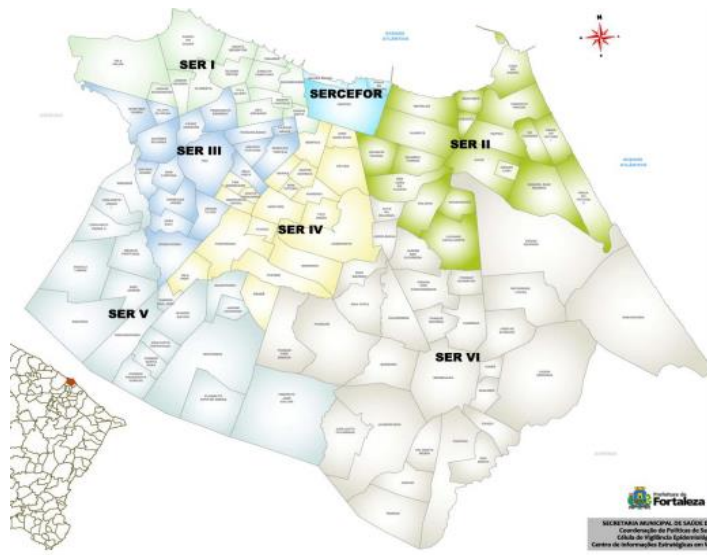
Tal diferença, para o filósofo, confere a escrita um estatuto semelhante ao da fala, pois a primeira torna-se “uma realização que ocupa o lugar dela e, de certo modo, a intercepta.” (p.143). Ricoeur diz que há um tipo de libertação do texto em relação à oralidade, pois há uma transformação envolvendo o leitor e o autor.

### **4.3. Cenários e Sujeitos de pesquisa.**

Os dois cenários da realização da pesquisa foram os municípios de Fortaleza e de Sobral. Fortaleza, capital do estado do Ceará, situa-se no litoral norte do estado e possui uma população de 2.452.185 habitantes e densidade populacional de 7.786,52 habitantes por Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

Na divisão administrativa da Secretaria de Saúde do estado, o município compõe a macrorregião de saúde de Fortaleza e é a sede da 1ª Célula Regional de Saúde – CERES. A Estratégia de Saúde da Família foi implantada em 1999 (BRASIL, 2011a) e atualmente conta com 102 Unidades Básicas de Saúde, 257 EqSF e 27 equipes de NASF (CNES, 2014). Os NASF foram implantados em Fortaleza em julho de 2009, com 24 equipes compostas por 151 profissionais de 08 categorias profissionais presentes nas seis Secretarias Executivas Regionais da cidade (FORTALEZA, 2014). No mesmo ano teve início a primeira turma da Residência Multiprofissional de Fortaleza composta por 66 residentes de 11 categorias profissionais, incluindo a psicologia.

Ilustração 1 – Divisão Política Administrativa de Fortaleza



Fonte: Secretaria Municipal de Fortaleza.

O município de Sobral situa-se no noroeste do estado do Ceará e localiza-se a 238 quilômetros da capital Fortaleza (SOBRAL, 2011). Apresenta uma população de 188.233 habitantes e densidade demográfica de 88,67 habitantes por Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). A mesma compõe a Macrorregião de Saúde de Sobral e é a sede da 11<sup>a</sup> CERES do estado do Ceará. A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município em 1997 (SOBRAL, 2007) e atualmente possui 35 Unidades Básicas de Saúde e conta com o trabalho de 48 EqSF (Equipes de Saúde da Família) e 6 equipes de NASF (CNES, 2014). Registra-se que as primeiras equipes de NASF foram implantadas no município em 2008. Já a primeira turma de residentes foi lançada no ano de 1997.

#### Ilustração 2 – Divisão Administrativa de Sobral



Fonte: Google Maps.

#### 4.3.1. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da *Família* (PRMSF)

As PRMSF consistem atualmente em dois programas, ficando a cargo da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) a coordenação das Residências Integradas em Saúde (RIS), que integram atualmente quatro programas de Residência Multiprofissional em Saúde, denominadas nas ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva, Cancerologia e Saúde Coletiva que ocorrem em parceria com as secretarias dos municípios de Brejo Santo, Canindé, Fortaleza, Horizonte, Jaguaruana, Maracanaú, Aracati, Iguatu, Quixadá e Tauá. Além da RIS, tem-se o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral que é gestado pela Secretaria de Saúde do município citado.

Quadro 2 - Psicólogos inseridos nas Residências Multiprofissionais do Estado do Ceará (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Escola de Saúde Pública do Ceará, 2014).

RESIDENTES DE PSICOLOGIA NO ESTADO DO CEARÁ	
Programa de Residência	Nº de Residentes
Residência Integrada em Saúde (Ênfase Saúde da Família) - RIS	15
Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)	7

Fonte: EFSFVS e ESP (2014).

#### 4.3.2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

No que diz respeito aos NASF's registra-se duas modalidades: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que é composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional) (BRASIL, 2013) e o NASF 3 que incorpora as atribuições do NASF 1 e 2. É perceptível que tal política pública tem com o passar dos anos acolhido grande quantidade de psicólogos, conforme

podemos observar na tabela abaixo cujos psicólogos consistem na segunda maior categoria.

Quadro 3 – Total de Profissionais vinculados ao NASF, por modalidade, em ordem de prevalência. (CNES, jan/2014)

NASF 1		NASF 2		NASF 3	
Fisioterapeuta	3.045	Fisioterapeuta	711	Fisioterapeuta	452
Psicólogo Clínico	2.067	Psicólogo Clínico	558	Psicólogo Clínico	368
Nutricionista	1.846	Nutricionista	444	Nutricionista	322
Assistente Social	1.587	Assistente Social	328	Assistente Social	176
Fonoaudiólogo	1.071	Fonoaudiólogo	203	Fonoaudiólogo	119
Farmacêutico	946	Farmacêutico	132	Farmacêutico	108
Terapeuta Ocupacional	558	Outros	76	Outros	38
Médico Pediatra	440	Terapeuta	47	Médico Pediatra	22

Fonte: CNES (2014)

Já no Estado do Ceará temos os seguintes dados referentes aos psicólogos inseridos nos NASF:

Quadro 4 – Total de Profissionais Psicólogos vinculados ao NASF no Estado do Ceará. (CNES, jan/2014)

CATEGORIA	
Psicólogo Clínico	641

Fonte: CNES (2014)

E, por fim, faz-se menção aos números de profissionais do NASF nos municípios de Fortaleza e de Sobral, levando em consideração que há 01 (um) psicólogo por equipe.

Quadro 5 – Número de Equipes do NASF nos municípios de Fortaleza e de Sobral. (CNES, jan/2014)

EQUIPES NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)				
Município	ENASF 1	ENASF2	NASF Intermunicipal	ENASF 3
Fortaleza	11	0	0	0
Sobral	5	0	0	0

Fonte: CNES (2014)

A pesquisa foi realizada com os psicólogos que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Estado do Ceará (PRMS). Optamos em trabalhar com os informantes que atuam nos serviços. Ainda com relação ao cenário de pesquisa, tal eleição deveu-se, sobretudo, a importância que de Fortaleza e Sobral congregam os maiores contingentes de profissionais de psicologia do Estado, possuem uma rede de serviços de saúde bem estruturadas, constituindo-se ainda como polos de atenção a saúde e de educação permanente para diversos municípios que compõem suas macrorregiões.

No que diz respeito à escolha dos sujeitos participantes optou-se pelos profissionais que atuam nos serviços citados, levando em consideração os seguintes critérios: 1) Pelo menos 1 (um) ano de atuação; 2) Disponibilidade de tempo para participação da pesquisa; 3) Interesse por parte dos sujeitos em participar da pesquisa. Outro recorte bastante importante para construção da pesquisa se refere à diversidade dos informantes em termos de orientação/corrente/abordagem psicológica. Nesse sentido, optou-se por entrevistar um maior número de psicólogos de orientações/correntes/abordagens psicológicas diferentes. Tal escolha se deve pelo objetivo da pesquisa ser comum (a prática psicoterápica na APS) a toda a categoria dos sujeitos participantes, mas que possui, a depender da orientação/corrente/abordagem psicológica e do contexto de serviço, impressões diferentes. No que diz respeito à escolha dos sujeitos da pesquisa levou-se em consideração o aspecto de que na pesquisa qualitativa não se tem o objetivo de “contar opiniões de pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (GASKELL, p.68, 2014). Nesse sentido que a quantidade de participantes tem por base a “imaginação social científica” do pesquisador.

#### **4.3.3. Atores da pesquisa**

Realizamos entrevistas com 13 profissionais psicólogos, sendo que um participante da pesquisa optou, após a realização da entrevista, em não permitir a utilização da mesma para os fins de pesquisa. Para operacionalização da entrevista, criamos um roteiro de entrevista que congregou em suas questões os conjuntos dos conceitos que atravessam a pesquisa. Escolhemos pela entrevista no formato semi-estruturada, realizamos um pré-teste com o objetivo de perceber as lacunas e falhas deixadas pelo roteiro construído. Outra função do pré-teste foi a de verificar se as

informações obtidas através dos questionários são necessárias à pesquisa, além da operatividade do roteiro de entrevista, ou seja, se o vocabulário e mesmo o significado das questões estão claros.

Vejamos abaixo uma caracterização do perfil dos sujeitos participantes:

- No total de 12 (doze) profissionais, sendo 02 profissionais do sexo masculino e 10 do sexo feminino;
- A idade dos profissionais variou de 26 a 39 anos;
- Menos da metade dos profissionais atuam mais de 02 (dois) anos no campo da Saúde Coletiva, sendo apenas 01 (um) participante com mais de 3 três anos de atuação neste campo;
- Dos 12 profissionais, 05 trabalharam com psicoterapia na clínica particular.

#### **4.3.4. Entrevista**

A entrevista pode ser considerada como uma das técnicas mais utilizadas para apreensão do material empírico no contexto da pesquisa qualitativa, no entanto, reconhecem-se várias maneiras de se pensar esse momento empírico da pesquisa. Thiollent (1980) destaca que a entrevista padronizada aponta um limite quanto ao caráter fechado do questionário, a pobreza da resposta, além da própria indução advinda da formulação da pergunta.

Por outro lado Thiollent (1980) nos sinaliza acerca da importância do roteiro da entrevista, afirmando que não basta ao pesquisador realizar “entrevistas não-diretivas na base da intuição, do bom senso, do tato [...]” (p.81) é preciso ser cuidadoso, bem como atento aos aspectos que se quer apreender. Minayo (2002) aponta que a estruturação de um roteiro de pesquisa é fundamental para que o pesquisador obtenha clareza do que se quer perguntar no momento da construção dos dados. Outra característica relativa ao roteiro da entrevista diz respeito ao fato de que este deve apresentar com “simplicidade de alguns tópicos que guiam para uma *conversa com finalidade*” (MINAYO, 2004, p.189). A autora nos lembra de que cada questão trazida deve estar em consonância com o delineamento do objeto, além de ampliar e não reduzir a comunicação entre pesquisador e pesquisado.

Compreendemos que para operacionalização da entrevista, faz-se necessário a criação de um roteiro semi-estruturado que congregasse as questões (objetivos) que

atravessam a pesquisa. O roteiro em questão tinha como questão central a pergunta “*Como você percebe a relação entre a sua prática na ESF e o instrumental das psicoterapias?*”. A partir de tal questão passamos a colocar outras questões acerca do objeto da pesquisa. Importante mencionar que foi realizado ainda um pré-teste com o objetivo de perceber as lacunas e falhas deixadas pelo roteiro construído, chegando como última configuração o modelo de roteiro que consta no apêndice B. Outra função do pré-teste foi de verificar se as informações obtidas através dos questionários são necessárias à pesquisa, além da operatividade do roteiro de entrevista, ou seja, se o vocabulário e mesmo o significado das questões estavam claros para os sujeitos-participantes. As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador e as gravações eram executadas com a aceitação, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) por parte dos participantes. Os áudios das transcrições totalizam 11 horas e 30 minutos de gravação, tendo cada entrevista em média 40 minutos. As transcrições ficaram em sua maior quantidade a cargo do pesquisador, ficando um menor número de transcrições a cargo de terceiros. Tais transcrições passaram por uma revisão atenta por parte do pesquisador.

#### **4.4. Interpretação e Análise dos Dados Empíricos.**

O universo de materiais da pesquisa (entrevistas) foi analisado a partir do enfoque qualitativo aliado as contribuições da hermenêutica e da fenomenologia. No que tange a hermenêutica, trabalhou-se com a dimensão que é atribuída a Gadamer de horizonte, no entendimento de que tal termo é indicativo de uma sugestão de “uma visão panorâmica a partir de uma determinada perspectiva” (LAWN, 2007). Essa noção inspira-nos também a pensar a partir de uma espécie de paradoxo de alteridade, conforme apontado por Ricoeur (1989) além da significação de que “não vivemos nem em horizontes fechados, nem num horizonte único” (p.106). De modo mais sistematizado, realizamos os seguintes procedimentos:

**a) Etapa de organização e leitura flutuante:** Diz respeito a um processo de contato inicial com o material empírico que alguns autores chamam de “leitura flutuante”. Reconhece-se também aqui o início do que Van Der Leeuw (2009) denomina de elucidação, que consiste num processo de identificação dos sentidos e elementos contidos nas entrevistas, passando também por um inicial procedimento de organização e interpretação material (podendo ser compreendido como conjecturas iniciais). Minayo (2010) descreve tal fase de modo bastante acurado, vejamos:



Essa etapa inicial de contato com o material de campo exige uma leitura de cada entrevista e de todos os outros documentos, anotando-se [...] as primeiras impressões do pesquisador, iniciando-se, assim, a busca de coerência interna das informações. [...] analisando: frases, palavras, adjetivos, concatenação de ideias, sentido geral do texto. (MINAYO, 2010, p.357)

**b) Etapa de codificação do material:** Posteriormente à etapa descrita acima, tomou-se com o objetivo de aperfeiçoar o procedimento de codificação o *software* ATLAS/ti. Este software foi desenvolvido pela *Scientific Software Development* e funciona como um instrumento de análise na pesquisa qualitativa, podendo realizar codificação através de listagem, além de inserção de notas e comentários, estabelecimento de elos entre categorias analíticas e visualização gráfica de todos os procedimentos. A figura abaixo apresenta os principais elementos (*objects*) do ATLAS/ti.

Quadro 6 – Principais Elementos do ATLAS/ti utilizado na pesquisa

ELEMENTOS	DESCRIÇÃO
Unidade Hermenêutica ( <i>Hermeneutic unit</i> )	Reúne todos os dados e os demais elementos.
Códigos	São os conceitos gerados pelas interpretações do pesquisador. Podem estar associados a uma citação ou a outros códigos. São indexados pelo nome. Apresentam números na referência. O primeiro se refere ao número de citações ligadas a ele; e o segundo, ao número de códigos.

Fonte: Adaptado pelo autor

Conforme visto no Quadro 6, utilizamos em nossa pesquisa, de modo delimitado, o referido *software*, para o procedimento de codificação das entrevistas criou-se uma unidade hermenêutica e codificou-se os dados a partir de nossas interpretações. Por fim, reitera-se que a utilidade de tal *software* se deu em virtude da praticidade em criar e identificar as unidades de significação. Dito isso apresentamos no quadro abaixo as 09 (nove) unidades de significação que foram criadas a partir das narrativas das entrevistas com os sujeitos participantes.

Quadro 7 – Unidades de Significação

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	
1	Psicoterapia e representação do profissional psi
2	Contribuições do campo da ESF para as psicoterapias
3	Limites e Fragilidades das psicoterapias
4	Abordagens psicoterápicas e a recepção na ESF
5	Formatos e Modelos psicoterápicos
6	Abordagens psicoterápicas e a postura profissional
7	Demanda psicoterápica na ESF
8	Contribuições da clínica para a APS
9	Uso dogmático da abordagem psicoterápica na ESF

Fonte: Elaborado pelo autor.

É importante mencionar que as nove unidades de significação constam não apenas as falas, que revelam elementos de recorrência, mas incluem-se contradições acerca do fenômeno estudado como, por exemplo, a criação de uma categoria que apresenta as “contribuições e fragilidades” dos aportes psicoterápicos. Outro aspecto importante a ser dito consiste que o subsídio para organização e nomeação de tais categorias foram os objetivos específicos, além do próprio marco teórico conceitual da pesquisa.

c) **Etapa de Interpretação das unidades de significação:** Considera-se esta etapa como a última do processo de análise. Cabe mencionar que a noção de interpretação trazida aqui não exclui que as etapas “a” e “b”, ou seja, a leitura flutuante e a organização das unidades de significações já se iniciem no processo de interpretação dos dados. Pensamos ser justamente essa circularidade do processo interpretativo que permite uma maior aproximação com as experiências contidas nas entrevistas e, agora, nas unidades de significação. Munido de tais significações, que antes estavam dispersas, não sendo possível obter uma compreensão ampla, foi possível compreendê-las com o marco-teórico. As análises acerca dos materiais discursivos (entrevistas) realizaram-se sob a articulação entre as expressões e falas que nos chamaram atenção com os referenciais teóricos apresentados no marco teórico-conceitual, além de outros referenciais que compreendemos serem importantes para a construção da analítica. O leitor perceberá no que diz respeito aos contextos de atuação desses profissionais, que não incluímos na identificação dos participantes o cenário no qual os profissionais participam. Justifica-se essa mudança em função do aspecto ético, já que na medida em que os participantes da pesquisa por fazerem parte de uma mesma categoria e, no caso

dos residentes de psicologia, por possuírem proximidade, através de articulações entre os mesmos, facilitaria assim o processo de exposição destes. Por outro lado mantivemos as identificações “os” e “as” para os profissionais com o objetivo de não alterar em demasia o conjunto das entrevistas. A título de organização, as narrativas das entrevistas foram codificadas com numeração que inicia em 01 e encerra-se em 12 e foram colocados em itálico com o objetivo de facilitar a diferenciação da citação de outros autores e/ou teóricos, que permaneceram em modo normal. No que diz respeito à categorização dos materiais (conjunto das entrevistas) tomamos como primeiro movimento a interpretação sobre as Unidades de Significação já apresentada no Quadro 7.

No segundo momento visualizamos as categorias mais centrais e seus respectivos eixos temáticos. As três categorias interpretativas elaboradas foram: A) A psicoterapia no contexto da ESF; B) Formatos e modelos Psicoterápicos e C) Contribuições das psicoterapias para o trabalho *psi* na ESF.

Quadro 8 – Categorias Interpretativas e Eixos Temáticos

CATEGORIAS INTERPRETATIVAS	EIXOS TEMÁTICOS	
A) A psicoterapia no contexto da ESF	A.1) Abordagens Psicológicas e o fazer do psicólogo na ESF.	A.2) Sobre a Demanda Psicoterápica na ESF
B) Formatos e modelos Psicoterápicos	B.1) <i>Hibridismo</i> das Psicoterapias no campo da ESF	B.2) Psicoterapias Interdisciplinares
C) Contribuições das psicoterapias para o trabalho <i>psi</i> na ESF	C.1) A psicoterapia como indutor de uma escuta qualificada dentro da ESF	

Fonte: Elaborado pelo autor

A primeira categoria interpretativa compreende os eixos “Abordagens Psicológicas e o fazer do psicólogo na ESF” e “Sobre a Demanda Psicoterápica na ESF” que corresponde às impressões dos participantes acerca dessa relação entre as abordagens psicológicas e sua atuação e de como as demandas por psicoterapia aparecem no contexto da ESF. A segunda categoria interpretativa diz respeito à discussão de modelos e formatos psicoterápicos que convergem ou divergem no campo da ESF, em específico que abordagens psicológicas parecem dialogar com este campo. Outro aspecto surgido nessa unidade se refere ao que denominamos de *hibridismo* das abordagens psicoterápicas, fenômeno esse, denominado a partir das narrativas dos profissionais entrevistados. Por fim, a terceira categoria interpretativa corresponde às

condições de possibilidade dos aportes psicoterápicos em produzir cuidado no campo da ESF.

#### **4.5. Aspectos Éticos da Pesquisa**

Os sujeitos de nosso estudo estiveram esclarecidos de todos os objetivos da pesquisa, tendo resguardado ainda suas identidades conforme consta no Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Vale lembrar que este termo foi entregue aos participantes e estes assinaram uma cópia. Todos foram informados que sua participação ou desistência são voluntárias.

Institucionalmente afirma-se que tivemos a autorização da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza para a realização das entrevistas com os profissionais deste município e, da mesma forma, com o Comitê Científico da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) da Secretaria de Saúde do município de Sobral.

A presente pesquisa também obteve parecer aprovado quando submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), podendo ser acessado através do número de protocolo 609.816.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. CATEGORIA INTERPRETATIVA A: A psicoterapia no contexto da ESF.

Na revisão de literatura da dissertação apontamos que dentro das prerrogativas do trabalho do psicólogo na ESF não é prioridade o estabelecimento de uma escuta clínica individual-longitudinal, no entanto, conforme também apresentamos durante o trabalho afirmamos que, pelo menos os psicólogos que atuam neste campo trazem suas abordagens psicológicas apreendidas na graduação como “lente”, ou mesmo, como postura, isto é, modo de se colocar frente aos desafios que surgem no contexto de trabalho. É nesse sentido que podemos justificar a emergência da temática “abordagens psicológicas dentro da ESF” e, em última instância este trabalho, adicionando-se ainda a existência de uma demanda por esse tipo de escuta. Esses dois aspectos são as dimensões analíticas a serem discutidas a seguir.

#### A1. Abordagens psicológicas e o fazer do psicólogo na ESF

“Das novelas aos programas humorísticos, dos jornais à literatura, das conversas cotidianas às disciplinas acadêmicas, dos conselhos na TV ao alto consumo nas terapias. Hoje em dia é possível encontrar psicanálise e psicologias nas mais variadas manifestações sociais.”  
(Sérvulo Figueira)

O primeiro ponto a ser discutido se refere à atuação do psicólogo no âmbito específico da ESF, evidenciou-se a partir das narrativas que é necessário para o trabalho do psicólogo nesse âmbito um conjunto de práticas, bem como atitudes e mesmo posturas que vão além do que as psicoterapias preconizam. Vejamos uma narrativa das entrevistas que abordam tal questão:

*Nenhuma teoria pode se sobrepor à pessoa, seja na clínica, seja na área social. A abordagem, ela é pano de fundo, ela é leitura para você ver o mundo, da forma como você vê o mundo, é o ponto de partida para você trabalhar, é ponto de partida para o seu trabalho. E então, a partir disso as teorias que eu agrego, que são várias e áreas diferentes, principalmente depois que eu entrei na área multiprofissional. Não é só saber da psicologia, são subsídios para que eu consiga lidar com aquela pessoa de forma mais inteira, autêntica, menos julgadora, assim, mais tranquila e que tenha o maior tipo de orientação, de suporte e de possibilidades. Quanto mais eu consigo ampliar mais.. mais eu consigo oferecer, a decisão de escolher nunca é minha é do sujeito que tá comigo. (Profissional 08)*

Tal narrativa se assemelha a diversos trabalhos que tem por tema o campo da psicologia na ESF (BENEVIDES, 2005; CAMARGO-BORGES & CARDOSO, 2005; DIMENSTEIN, 2000 e 2001; FERREIRA-NETO, 2008 e 2010, SPINK, 1992; TRAVERSO-YÉPEZ 2009, entre outros), sendo este tema um dos principais pontos debatidos nesses últimos dez anos. Podemos dizer ainda que tais autores quando apresentavam a necessidade da psicologia reformular sua atuação, falavam geralmente para o campo das psicoterapias atentando para influência que este campo tem, seja para os psicólogos em formação ou para os profissionais. Em nosso trabalho, a maioria dos psicólogos entrevistados tinha por tempo de formação não mais que cinco anos<sup>8</sup>. Outro aspecto a ser destacado consiste em quando foram perguntados sobre sua trajetória profissional-acadêmica, nove dos doze entrevistados, afirmaram que tiveram conhecimento e mesmo inserção (extensão ou pesquisa) com as políticas de saúde ainda na formação em psicologia. Tais informações nos permitem entender que boa parte dos profissionais entrevistados acompanhou esse debate nos últimos anos de reformulação da psicologia com as políticas públicas. Vejamos outro trecho que trata da relação entre psicoterapias e o trabalho na ESF.

*E eu acho que essa é a parte que atrapalha...o instrumental das psicoterapias...as clássicas...a ACP é uma clássica também? E aí a gente acaba no cotidiano inventando outras formas de fazer psicoterapia, por exemplo, hoje eu estou aqui trabalhando numa unidade de acolhimento infanto-juvenil que tem história de uso de várias, de drogas e o que eu vim fazer hoje com eles foi roda de conversa que é um instrumental de certa forma psicológica porque envolve o autocuidado, o auto conhecimento, mas misturado com a atividade física, correr com os meninos, entendeu? Ir junto com eles num processo e isso é fundamental por questão de vínculo e tudo mais e eu acho que as psicoterapias quando projetam processos de cuidado muito longos, eu acho que a gente não consegue trabalhar com a instrumentalização que elas nos dão numa comunidade entende? Que tem outro processo, outro fluxo que às vezes tem um furo muito grande das psicoterapias de não conseguir dar conta de outras formas de viver a vida que não seja aquela do cliente clássico.  
(Profissional 09)*

A narrativa acima nos permite compreender que o campo das psicoterapias ainda é visto como “amarrado” a instrumentais e um tipo de clientela descrita pelo entrevistado como “cliente clássico”, ou seja, aquele cliente que procura o profissional com hora e data marcadas em um consultório, obtendo desse profissional sua escuta. Conforme apontamos, tal debate não é novo e os argumentos levantados acerca desse tema convocam os psicólogos a “desenvolverem, de forma concomitante, ações sobre

---

<sup>8</sup> Havia apenas uma profissional que tinha dez anos de atuação, mas que possuía apenas dois anos de atuação no SUS.

indivíduos e coletivos, objetos tradicionalmente segmentados na formação entre a tradição clínica da psicologia e em diferentes abordagens” (FERREIRA-NETO, 2011), sendo exatamente o desenvolvimento de novas práticas a principal evidência observada nas narrativas. Dito de outro modo, os profissionais entrevistados pareciam não esperar muito do campo das psicoterapias para a formulação de novos modos de fazeres e práticas deste campo.

*Não sei se é a abordagem, acho que o profissional é que talvez dialogue ou não melhor, independente da abordagem, a abordagem é só a forma que ele vai enxergar o sujeito e o mundo, mas a postura dele diante daquelas pessoas, eu acho que faz mais diferença. Por isso que eu te digo que é difícil definir uma abordagem de fato, porque tem muito da sua postura.  
(Profissional 01)*

Acredito que esse seja o principal ponto de discussão que queremos trazer para o momento. Os profissionais entrevistados quando perguntados sobre a relação ESF e psicoterapias falavam de uma prática que se constrói no cotidiano e que as bases das psicoterapias não dão sustentabilidade suficiente para a atuação deste profissional no cotidiano.

*Eu acho que os psicólogos estão indo ainda com essa vestimenta tradicional, mas acabam sendo forçados a promover essa ruptura, porque se eles trouxerem essa coisa muito tradicional, eles não vão conseguir atuar, aí estão indo para cursos, conversando e aí a gente tem a residência, que é um super modo de fazer essa ruptura, porque você vai ver que você não está sendo convocado para ser psicólogo, mas muito mais do que isso.  
(Profissional 03)*

Kevin Spink (2008) ainda que trate especificamente da condição do pesquisador, parece dar-nos algumas pistas quando afirma que “virar as costas para o cotidiano é abrir mão da possibilidade de uma inserção mais caótica no mundo das ações sociais; uma inserção ordinária e corriqueira” (p.71). É importante destacar que o cotidiano para o autor consiste nos encontros e desencontros, nos acasos que podem ou não ser breves. O autor chama tal cotidiano ainda de micro-lugares.

[...] Propomos que todos nós, independentemente de onde estamos e quem somos, acordamos pela manhã e entramos no dia que temos pela frente; dia este que nada mais é que um fluxo de fragmentos corriqueiros e de acontecimentos em micro-lugares. (KEVIN SPINK, p. 70, 2008)

Tal questão nos leva a pensar também sobre um aspecto que é amplamente discutido quando se pensa o binômio ESF-psicoterapias onde geralmente se atribui a força do território e da comunidade a possíveis mudanças nas práticas da psicologia. A partir das entrevistas percebemos que não é apenas esse contexto, pois conforme já

apontamos se trata, em última instância, se trata de uma possível visão de que os aportes psicoterápicos trarão uma postura mais de indisponibilidade para produzir cuidado do que disponibilidade. É nesse sentido inclusive, que Kevin Spink (2009) diz que há um duplo desafio para aquele que se defronta com o cotidiano, que envolve um reconhecimento de que a cotidianidade passa antes de tudo por si mesmo, isto é, por uma disposição pessoal, no dizer do autor “não como um pesquisador participante, muito menos como um pesquisador distante, mas simplesmente como parte” (p.72).

*A gente vai construindo, a gente vai fazendo, não tem a receita de bolo. Meu olhar é familiar na maioria das vezes e eu tenho estudado muito mais agora de abordagens que pensem dessa forma: a família é o foco, não só o indivíduo, a família também tem um papel super importante nisso. Eu tenho estudado um pouco mais sobre isso, mais até do que na época da graduação quando estudava análise do comportamento demais. Hoje eu nem consigo assim definir, tenho uma abordagem? Sei que a gente tem que sempre analisar o contexto que aquela pessoa vive, que não dá para desvincular o lugar e a forma de viver, os modos de vida que ela tem, isso também eu não consigo desvincular que é a dimensão da afetividade, que tem umas abordagens que eu penso que desprezam um pouco mais isso.  
(Profissional 02)*

A narrativa expressa que a profissional não se vê mais como analista do comportamento e que busca, através de estudos e investigações, respostas para os desafios de sua prática e que a abordagem citada parece não possuir, podemos dizer que tal movimento se constitui não apenas como um movimento voltado para atender às demandas do cotidiano, sendo exatamente o que queremos nesse primeiro momento salientar, constitui-se prioritariamente como um modo mais adequado de se dispor no campo da ESF.

Percebemos diante disso algumas implicações para o campo das psicoterapias onde, mesmo com o avanço no âmbito da formação em psicologia, tornando-a assim a prática desse profissional mais próxima da clientela oriunda dos serviços públicos de saúde, este campo, com todas as suas técnicas, é ainda possuidor de inadequações para lidar com uma parte da população que busca o psicólogo, “seja por conta da estrutura psíquica do usuário, das expressões incomuns de sofrimento, das condições socioeconômicas da população e, principalmente, do distanciamento da clientela em relação a um estilo intimista e introspectivo de expressar emoções e sentimentos” (LIMA & OLIVEIRA, p.300, 2006).

Acompanhemos a seguinte fala que se assemelha diretamente ao que as autoras acima apontaram:



*Das atividades que eu desenvolvo, que eu tenho mais dificuldade em desenvolver é o atendimento individual, as pessoas faltam, as pessoas não continuam porque aquele negócio do jeito que é não faz muito sentido, entendeu? É para um público específico, em um contexto específico, é específico demais e às vezes o atendimento psicoterápico individual é a principal ferramenta terapêutica das abordagens psicológicas...isso é muito problemático....trabalhar com o público assim de assistência social, SUS... eu vejo que assim... é uma proposta meio falida que surgiu num determinado tempo e contexto se tornou hegemônica dentro da psicologia, mas as vezes deixa o psicólogo muito mais amarrado do que propriamente instrumentalizado com a realidade da gente.*  
(Profissional 09)

Veremos que a partir dos achados das entrevistas, as questões ligadas aos formatos e modelos psicoterápicos que podem dialogar com a ESF, além de problematizar alguns aspectos já evidenciados na narrativa acima. De todo modo, queremos apontar nesse momento que a narrativa acima deflagra com nitidez a dificuldade em incluir a psicoterapia “na caixa de ferramentas” do psicólogo que atua na ESF. É curioso, conforme vimos no capítulo referente à contextualização acerca da psicoterapia na contemporaneidade, que as psicoterapias, ainda em termos de formação e de mercado, possuam grande expressão na prática desse profissional ou, de acordo com Férez-Carneiro (2003 *apud* DUTRA, 2004) seja uma área consolidada que se espalha por inúmeros domínios.

Em relação à formação, essa parte de instrumentais psicoterápicos está disposta mais especificamente na parte final dos cursos de psicologia, ainda que constituída de uma rede de disciplinas diluídas durante todo o currículo. Ainda, percebem-se aos profissionais que optam pelo atendimento clínico individual, a necessidade de prosseguir realizando formações, pós-formações, supervisões, entre outras investigações com vistas em potencializar esse saber da clínica. A questão que a partir das entrevistas trazemos é: diante de toda essa rede formativa voltada para a psicologia clínica individual, noutras palavras, para o campo das psicoterapias, porque ainda temos um modelo de atendimento que ainda é visto no campo da ESF como amarrado ou mesmo engessado em seu modo de se dispor?

Dutra (2004) na tentativa de repensar as significações da clínica, afirma que mesmo não sendo possível negar que as psicoterapias considerem a dimensão social, pois a subjetividade que se apresenta como foco da clínica sempre se constitui a partir do outro, a autora constata que no campo das teorias psicoterápicas ainda é hegemônico a ênfase em processos que tomem o espaço psíquico a partir apenas de uma interioridade subjetiva, como Ferreira-Neto (2007) assim denomina. A narrativa é

bastante ilustrativa para compreendermos a necessidade de uma prática que seja fundamentada não apenas pelo intrapsíquico ou pelo subjetivo, mas que ainda assim esteja amparada sob o enfoque psicoterápico, na medida em que a profissional se dispõe a realizar atividade física em conjunto com os jovens da unidade de acolhimento, produzindo assim cuidado.

Ainda sobre a atividade exemplificada na narrativa compreendemos que tal concepção parece se aproximar do que Gregório Baremlitti (1997) aponta, ao se debruçar sobre a questão da clínica e o que ela pode ser. O autor taxativo ao dizer que o domínio “da insatisfação e o do sofrimento humano, cuja caracterização e auxílio foram delegados as diversas ciências não podem se encerrar no domínio exclusivo e excludente de nenhuma disciplina.” (1997, p.7, grifo nosso).

Baremlitti amplia sua análise, pois ao abordar as disciplinas científicas expõe que essas têm por papel se ocupar do sofrimento e acabam por esquecer que o mal-estar humano se expressa em inúmeras manifestações e invariavelmente concernentes ao que chama de “todas as modalidades do saber e do fazer” (p.7) e por isso são necessárias a inclusão dos conhecimentos já eficazes das práticas artísticas, como também dos saberes e maneiras populares, espontâneos e não-enquadráveis.

Sustentado no que o autor nos traz é que salientamos que, de alguma forma, a estratégia exemplificada na narrativa consista num modo não padronizado do fazer da psicologia, especificamente do fazer psicoterápico, na medida em que dificilmente encontraremos um profissional de psicologia que atua com psicoterapias no campo privado que se colocará a disposição para compreender o paciente que o chega em uma perspectiva que não seja aquela convencional, isto é, recebendo-o em seu consultório. Ainda que dentro do “pacote” de atividades das psicoterapias reconhecemos a figura do Acompanhante Terapêutico (AT). A figura do AT surge geralmente em pacientes que necessitam do desenvolvimento de sociabilidade e de inclusão. Apesar de a psicologia possuir forte participação da formação do AT, este profissional pode ser das diversas áreas da saúde e da educação.

Berlinck (2011) em trabalho de tese cujo objetivo foi compreender o trabalho do AT apresenta-nos um panorama em que, apesar deste profissional ter um potencial criativo e interdisciplinar para atuar junto ao sujeito que sofre, parece ainda haver empecilhos que limitam essa prática, fazendo com que o AT tenha um papel secundário no cuidado do sujeito em processo terapêutico.

Tomando como análise a figura do AT e do psicoterapeuta, esses dois localizados no *setting* clássico da psicoterapia, nos perguntamos se, na medida em que se disponibiliza a atuar de um modo não padronizado, conforme dissemos, o profissional 09 acaba por realizar um trabalho de psicoterapeuta e também de AT.

Nesse sentido tal exemplo aponta uma possível ruptura da relação terapêutica que geralmente se estabelece no contexto psicoterápico.

## **A.2. Sobre a demanda psicoterápica na ESF.**

Discutem-se aqui os aspectos relativos à demanda por uma escuta clínica individualizada advinda do território-comunidade em que estão inseridos os profissionais entrevistados. Mesmo que tenhamos o feito na seção referente ao papel da psicologia no contexto da APS, é sempre importante lembrar que o papel da psicologia nesses espaços se constitui essencialmente em apoiar as equipes nos contextos comunitários, assistenciais, institucionais e de matriciamento. Entretanto, tal temática surgiu no presente trabalho em função de sua recorrência nos depoimentos, revelando no mínimo um paradoxo entre os serviços e processos a serem desenvolvidos no âmbito da ESF.

A discussão sobre demanda não é nova no contexto dos serviços de saúde, registrando-se alguns importantes trabalhos e diretrizes que buscam, em última instância, pensar estrategicamente a organização dos serviços e o acolhimento dos usuários (BRASIL, 2011; FRANCO & MERHY, 2003; SPINK, 2007). É importante também situarmos que a demanda se coloca como ponto de destaque no debate do SUS, uma vez que está fortemente relacionada aos princípios da *integralidade* que como sabemos significa um conjunto de ações e serviços articulados que devem estar relacionados às diversas demandas existentes e ainda o da *equidade* quando se considera que as pessoas são diferentes e por isso possuem necessidades diversas.

Franco & Merhy (2003) abordam este tema no âmbito dos serviços de “saúde em geral”, não centrando, portanto, numa categoria específica e nos serviços ofertados por ela, no entanto a argumentação dos autores é bastante interessante para o nosso trabalho, visto que sinaliza as dificuldades que os profissionais de saúde possuem em lidar com as mais diferentes demandas advindas dos usuários e que acabam por gerar falhas nos serviços.

Os autores apontam que muitas vezes os usuários rotulam um “mau atendimento” quando não há um oferecimento das tecnologias solicitadas por eles como, por exemplo, um medicamento ou um exame não prescrito pelo médico no ato da consulta. Para chegar a essas impressões, os autores afirmam que a noção de cuidado difundida entre usuários e também profissionais leva em consideração que a solução dos problemas de saúde está condicionada ao consumo de certos produtos de saúde que foram engendrados no campo simbólico ou no imaginário. Sobre a expectativa dos usuários acerca de um procedimento (exame ou medicamento) nos dizem:

O usuário forma uma imagem que coloca no procedimento toda expectativa de ser cuidado e protegido, quando na realidade, este é um recurso limitado, pois ele é apenas uma parte de um complexo processo produtivo de saúde e sua eficácia é dependente das muitas ações outras que são desenvolvidas em uma dada linha de cuidado que se processa no interior dos serviços de saúde e esta é denominada por processos sociais, técnicos e de subjetivação, sobretudo a capacidade em estabelecer relações intercessoras que diz respeito ao encontro de pessoas, trabalhador de saúde e usuário, para juntas produzir algo em comum, isto é, são sujeitos de um mesmo processo, o cuidado. (FRANCO, B.T. & MEHRY, E. E.p.03, 2003)

Para esses autores um caminho interessante para a construção de processos de saúde consiste na busca de modelos que sejam relacionais, que prezem pela maneira de agir com os usuários, bem como os diversos outros atores que compõem o campo da saúde e que são responsáveis pela produção do cuidado. A esse tipo de modelo Merhy (1997) chamou de *tecnologias leves*, pois como dissemos são do âmbito relacional. Os autores consideram ainda que tanto os usuários quanto os profissionais acabam por reforçar o uso das *tecnologias duras* quando reforçam a ideia de que um bom atendimento é aquele em que o usuário é medicalizado ou algo semelhante (MEHRY, 1997).

Podemos nos perguntar quais aspectos levaram as psicoterapias a surgirem nos contextos dos entrevistados como demandas, nos permitindo inclusive a deduzir que, dentro da perspectiva apontada por Emerson Merhy, não se constituem como uma *tecnologia leve*. É paradoxal realizar tal reflexão, pois as psicoterapias desenvolvidas pelas abordagens psicológicas são ligadas em sua essência aos aspectos do acolhimento e do vínculo e são em sua maioria de cunho verbais, necessitando em suma apenas da presença do profissional como principal instrumental.

A narrativa abaixo trata da questão da demanda por psicoterapia individual, além de apontar algumas questões dos modos de disponibilidade que parecem ser necessários para o profissional imerso nesse campo, vejamos:

*Eu acho muito...eu vejo com muita desconfiança é...pessoas que chegam na ESF, com o formato clínico muito amarrado. Não quer dizer que você não vai atender, mas você não vai fazer "psicoterapia clínica", você nunca vai ter um setting terapêutico assim "nos sonhos"... não é um setting terapêutico....tem um birô, tem uma cadeira de plástico que são duras, a iluminação é horrível...não é acolhedor. O que é acolhedor numa sala de posto de saúde é você! É você que é acolhedor! E se você entrar nessa paranoia de pegar na mão, sabe? "Será que eu pego na mão?" "Será que eu abraço?" Como é que você vai fazer? Porque os usuários te abraçam, eles te levantam. Eu tenho um usuário, eu não vou dizer o nome, mas ela me levantava! Ela me abraçava com um carinho tão absurdo que isso é psicoterapêutico!  
(Profissional 04)*

A narrativa revela as diversas inadequações dos modelos psicoterápicos ou, como também chamamos da clínica individual, para o contexto da ESF e daí vem a contradição que citamos acima, isto é, um modelo que poderia se constituir como uma *tecnologia leve*, mas que não consegue contribuir com a clientela oriunda dos serviços públicos em virtude do modo como está organizado e para quem foi organizado, isso se dá a nosso ver por duas questões. A primeira, conforme apontado no depoimento da profissional se refere a uma dimensão diríamos epistemológica, pois diz respeito aos aspectos das bases das abordagens psicológicas que, em sua maioria, trazem em seu bojo constructos ligados a relação do terapeuta com o paciente e as implicações que estas possuem na relação entre estes, bem como do modo como o paciente se engaja no tratamento.

Lima & Nunes (2006) ao abordar as práticas psicológicas e, especificamente as psicoterapias, afirmam que as diferenças culturais e sociais são fatores marcantes para uma prática psicológica, seus ritos e mecanismos de estruturação da subjetividade, atuarem como fatores que incluem ou excluem os sujeitos. Nesse sentido que a inviabilidade apontada pela entrevistada se dá em virtude da disposição da psicoterapia de modo mais clássico, ou seja, aquela em que geralmente o sujeito que se encontra do outro lado do birô e que nem sempre é aquele modelo de paciente esperado pelo psicoterapeuta.

A nosso ver tal movimento faz com que a psicoterapia realizada pelos psicólogos seja amparada muito mais pela técnica do que por uma ética do cuidado. As autoras citadas nos dão um exemplo bastante significativo de como isso se dá no plano da prática profissional quando afirmam que a postura desse profissional psicoterapeuta que atua nas políticas públicas é de reconhecer o "usuário sempre como um possível candidato à psicoterapia" (LIMA & NUNES, p.299, 2006).

Outro fator que corrobora para refletirmos sobre a demanda nesse contexto, está relacionado ao tipo de público que busca psicoterapia, vale adiantar, que consiste na psicoterapia de cunho prioritariamente individual e longa duração. Vejamos as seguintes narrativas:

*A gente vê que assim, a maioria das demandas para atendimento psicoterápico individual de sofrimento com importância e tal, mas até leves e moderadas são das pessoas que têm melhor condição financeira no território. Isso é fato assim, mora no bairro mais ajeitadinho, mais legal e tal, tanto pra mulheres, pras mães são as que mais procuram, tanto para as crianças, as crianças são a...como é que eu posso dizer? São o principal ou as principais vítimas do profissional psicólogo, tem uma demanda gigantesca que eles mandam para gente de todas as ordens possíveis.  
(Profissional 09)*

*Em geral uma população mais de classe média é a população que solicita psicoterapia, geralmente é uma população mais jovem de 18 e 30 anos sabe? Esse é o público de perfil que mais pede esse tipo de acompanhamento é... o outro bairro que eu trabalho, que é mais de classe assim, com classe econômica mais baixa, com um perfil mais comunitário...não há tanto essa solicitação, é mais pra acompanhamento familiar mesmo, orientação, a gente trabalha muito com um planejamento terapêutico em múltiplas abordagens, então aquela pessoa que está comigo também está no grupo de praticas corporais.  
(Profissional 08)*

As narrativas acima apresentam que a demanda por psicoterapia está intimamente relacionada ao aspecto socioeconômico, isto é, os moradores que buscam este instrumental possuem maiores condições financeiras. Reis (1994) abordando o histórico das psicoterapias no campo das políticas públicas nos diz que a psicoterapia, junto de outras terapêuticas, só começou a adentrar no campo das políticas públicas quando houve movimentação por parte dos setores da saúde mental que consistia na tentativa de des-hospitalizar o atendimento em saúde mental, tornando-o, inclusive, mais descentralizado.

De acordo com autor, tal ampliação deve ser vista como uma conquista para a população, pois tais terapêuticas sempre estiveram disponíveis apenas às classes mais elevadas, deixando a população que necessitava de um serviço dessa natureza a mercê de ambulatórios e hospitais. Bezerra Jr (1987) *apud* Reis (1994) sobre isso apresenta o seguinte argumento:

O aumento da oferta de serviços na área da saúde mental significa reconhecer a importância do sofrimento psicológico como óbice para o bem estar da população e o direito que ela tem de poder contar com o que há de melhor no campo das terapêuticas para enfrentá-lo. Mais ainda: possibilita que muitas situações conflitivas ou mal-estares psíquicos que de outro modo seriam vividos como fatalidade ou remetidos a causas e soluções equivocadas (místico-religiosas, político-ideológicas, etc) sejam enfim reconhecidos por profissionais habilitados e tratados do modo mais adequados, quer através de

técnicas psicoterápicas, quer através do uso de instrumentos como medicamentos específicos e bem administrados. (p.179)

Concorda-se com os autores, na medida em que, do ponto de vista social a emergência da psicoterapia no campo das políticas públicas significa, conforme apontado, a democratização do que há de melhor em termos de terapêuticas, afinal conforme já sabemos as classes mais elevadas foram e ainda são os que mais procuram por este tipo de serviço nos fazendo concluir que, em última instância, parecem entender que tal serviço é legitimamente benéfico.

Questiona-se, portanto, em que medida tal posicionamento apontado nas narrativas e que também é difundida por muitos profissionais não representa uma cisão dos serviços prestados as comunidades em que atua, posto que no território em que há presença da classe média, oferta-se um serviço de psicoterapia clássico, ou seja, individual e no território mais pobre tem-se a disponibilidade de um serviço cunhado pelo entrevistado mais familiar, tendo como aporte principal os grupos.

[...] para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as ‘consultas’ de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde filas, descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação do sofrimento. (BEZERRA JR, 2000 *apud* SOMBINI, 2004, p.137).

Ao mesmo tempo em que se questiona tal posicionamento, diz-se que a oferta dos serviços de psicoterapia individual de maneira alguma representa um avanço dentro do cuidado em saúde, em muito por esse instrumental não ser resolutivo.

*Eu cheguei achando que eu ia fazer trabalhos comunitários, assim, o máximo da minha ação, seriam trabalhos comunitários, que eu estaria no meio da comunidade, que eu estaria envolvida e que eu faria assim, uma identificação do lugar, de me apropriar dos espaços, da comunidade, e nada disso aconteceu. Nada. A única coisa que eu fiz foi me trancar em quatro paredes e me deram um turbilhão de gente para atender. Era assim, quando eu cheguei eles marcavam oito por turnos. Porque o antigo psicólogo, que era psicanalista e que dizia fazer psicoterapia na Unidade de Saúde. Ele atendia oito por turno e fazia Psicoterapia, análise.*  
(Profissional 03)

*[...] Pois é, tem isso, isso ainda ocupa um espaço razoável na agenda da gente viu. A história do chorou, manda.. .principalmente pela enfermagem. Só por semana recebo uns dez encaminhamentos pra atendimento individual e ainda está escrito no papel, já faz a descrição antes mesmo de eu avaliar: “solicito para o atendimento individual porque a pessoa está chorosa.” É clássico, se eu juntar os papéis que está lá em casa, acho que só esse ano deve ter sido umas cinquenta pessoas, é bem isso, é uma forma meio tosca de chegar o atendimento.*  
(Profissional 09)

Com relação a resolutividade, vemos que as narrativas apontam para a dificuldade em realizar atividades que não sejam clínicas, isto é, a psicoterapia individual em função de uma cultura existente na Unidade de Saúde que atuava, condicionando seu trabalho ao aspecto da psicoterapia, gerando um problema de ordem da organização dos serviços em saúde, pois será impossível a esta profissional atender toda a população adscrita a partir do instrumental da psicoterapia individual. Tal problemática se relaciona com o que alguns estudiosos do campo da psicologia, da psicanálise e da psiquiatria investigaram desde a década de 80 até hoje, que se denominou por “cultura *psi*” que, em resumo, consiste no problema em negligenciar as múltiplas determinações do adoecimento, evidenciando assim o fenômeno psicológico (COSTA, 1989; DUARTE, 1986; FIGUEIRA; 1987; 1988 e ROPA & DUARTE, 1985).

No que diz respeito à demanda, vemos que “a cultura *psi*” ou psicologização dos fenômenos também ocorre entre os outros profissionais, sendo ilustrada quando se utiliza do jargão “chorou, manda para psicólogo.” Vejamos outras falas que evidenciam aspectos da demanda por psicoterapia trazida pelos profissionais:

*[...] a demanda que chega para gente que é um incomodo para gente, as vezes é encaminhada por outros profissionais, o agente comunitário de saúde é a pessoa que mais encaminha para gente, a gente faz um trabalho pesado com eles de matriciamento mesmo, falar de critério de caso, o que é um caso grave, o que é um caso médio, porque tem muita demanda no território pra gente e pra gente não ter um re-trabalho a gente dá uma instrumentalizada legal pra eles, pra eles fazerem pelo menos encaminhamentos mais coerente. Encaminhamento deles e dos outros profissionais de nível superior da equipe e é com esses que a gente tem mais trabalho de instrumentalizar, porque ainda tem aquela história “chorou, manda pro psicólogo”.*  
(Profissional 09)

*Eu procuro sempre estar muito perto deles [Agente Comunitário de Saúde]. Eles que geralmente dizem quem da comunidade tá procurando por uma escuta assim...os outros profissionais também, claro..mas mesmo assim sempre tem, sempre vai ter demanda pra esse tipo de atendimento.*  
(Profissional 06)

Nota-se uma dificuldade maior em lidar com a demanda por psicoterapia advinda dos outros profissionais que atuam na ESF, posto que com ACS é possível realizar, como a narrativa apresenta, um tipo de matriciamento e de orientação de quais demandas devem chegar ao psicólogo. Podemos pensar também que essa pactuação realizada surge tanto do diálogo permanente e da proximidade existente entre profissionais de saúde e ACS, bem como da necessidade de esclarecer a estes profissionais qual o papel do psicólogo naquele contexto. Com relação aos profissionais



de nível superior observa-se que estes são responsabilizados por aumentar a demanda psicoterápica.

Compreende-se que as falas, de alguma maneira, fazem referência ao fazer do psicólogo e sua representação, ou seja, muitos profissionais encaminham os usuários para este profissional por acreditarem não dar conta das questões ligada às emoções, do sofrimento humano e mesmo da angústia e, na medida em que há um psicólogo na UBS, portanto, é de sua alçada lidar com tais questões.

Souza (2013) a partir de investigação sobre a construção das equipes do NASF do Estado do Ceará nos diz que, muitas vezes o profissional encaminha o usuário para outro na tentativa de se desresponsabilizar, gerando o que Pereira (2007) *apud* Souza (2013) chama de “clínica da desresponsabilização”, gerando um tipo de “alívio” ao profissional que encaminhou e um “ônus” para o profissional que recebeu o usuário.

Tal estratégia do profissional contradiz o modo de organização tanto do NASF quanto dos PRMSF<sup>9</sup>, pois indicam que a corresponsabilização pelo usuário deve ocorrer entre toda a Equipe de Saúde da Família (EqSF). No entanto, os achados de Souza (2013) nos dizem que, por exemplo, os horários e dias diferenciados em que os profissionais estão localizados na UBS, fazem com os profissionais se utilizem prioritariamente de métodos de compartilhamento de informação considerados formais, ou seja, os protocolos de referência e contra-referência em detrimento de momentos de coletivização dos casos dos usuários, procedimento este avaliado como a maneira mais adequada e menos hierarquizada (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ainda que não se constitua foco desse trabalho abordarmos a perspectiva multiprofissional, faz sentido para a discussão sobre demanda trazermos como as outras categorias profissionais compreendem o trabalho da psicologia demandando certas ações desses profissionais que, em última instância, significam um pedido de que o usuário seja “ouvido” o que noutras palavras correspondem ao fato de que cabe ao psicólogo fazer uso do arcabouço das psicoterapias.

Levanta-se um questionamento acerca das consequências da demanda vinda para o psicólogo com a indicação de psicoterapia. A população que geralmente recorre aos serviços psicoterápicos traz consigo interpretações, próprias do mundo e de seu adoecimento, e que dentro do espectro psíquico são caracterizados por eles muitas vezes como “doença dos nervos”, “nervosismo”, “estado nervoso” e “nervoso”. Interpretações

---

<sup>9</sup> Com relação à PRMSF é um imperativo, na medida em que consiste numa formação em serviço que deve trabalhar a multiprofissionalidade.

estas que as psicoterapias, seus formatos e modelos, ainda não conseguiram buscar significações coerentes e, conseqüentemente, fornecer um acolhimento necessário quando são trazidas pelos usuários. De acordo Lima & Nunes (2006) outro fator que também contribui para tornar a psicoterapia um instrumento inadequado consiste no distanciamento para com essa clientela que, para as autoras, ocorre em relação a “um estilo intimista e introspectivo de expressar emoções e sentimentos” (p.300). Costa (1989) *apud* Reis (1994) denominou esse aspecto das psicoterapias de “preconceito do modelo único de comunicação humana” que tem a raiz na crença de que o saber psicológico é universal. Ainda de acordo com o autor, tais desdobramentos ocorrem no campo da prática psicoterápica, pois terapeuta e paciente compartilham da mesma condição social e cultural, tendo assim a mesma visão sobre o tratamento e objetivos e rituais de contrato.

*Por exemplo, nós temos aqui esse modelo médico. Com maca, o paciente um de frente pro outro. Eu de frente para o paciente, que é diferente da clínica. Na clínica você tem um ambiente, eu sinto muito mais aconchegante, tanto para o paciente, quanto para o terapeuta. E assim...o tempo. A demanda do posto é diferente da demanda da clínica.  
(Profissional 05)*

*Acho que na atenção primária a gente não tem condições ambientais, não tem... um ambiente ideal pra realizar uma psicoterapia mesmo... clínica. E aí porque tem barulho, não tem sala apropriada e aí como seria uma sala apropriada? Seria...é... sem muita interferência externa. Porque isso influencia na fala daquele cliente... E o tempo também.  
(Profissional 07)*

Um fator que nos faz refletir acerca das psicoterapias é que elas se originaram no *setting* terapêutico individual-privado e não receberam reconfigurações metodológicas, no âmbito da linguagem e por isso não conseguem entre outros aspectos, compreender as noções de adoecimento trazidas pelos usuários, sendo, a nosso ver, a principal reflexão evidenciada a partir das narrativas acima.

### ***O gargalo das demandas psi.***

A demanda por psicoterapia constitui-se como um problema, conforme apontamos na seção anterior, tanto do ponto de vista organizativo dos serviços de saúde, quanto da própria ineficácia dos aportes da clínica individual, não significa que essa demanda é suprimida ou mesmo sanada, visto que a busca por psicoterapia é demanda permanente dentro do território em que os profissionais entrevistados se situam.

As narrativas sinalizam ainda que há duas possibilidades de resolução para esses casos: a primeira consiste no encaminhamento para os serviços-escolas, que anteriormente eram chamados de clínicas-escolas e que hoje são reconhecidos como serviços de psicologia aplicada que estão sob a responsabilidade dos cursos de graduação em psicologia, a segunda opção consiste no encaminhamento para profissionais que atendem na clínica privada, mas que possuem preços acessíveis às classes populares.

Sobre a temática dos serviços-escola, segundo Melo-Silva, Santos e Simon (2005) *apud* Amaral *et al* (2012) pode-se dizer que o termo clínica-escola foi substituído por serviço-escola com o propósito de ampliar os modos de atuação da psicologia, saindo do campo estritamente clínico<sup>10</sup>. Ainda de acordo com Amaral *et al* (2012) os serviços-escolas tem fundamentalmente a função de possibilitar o “treinamento de alunos mediante à aplicação dos conhecimento teóricos adquiridos em sala de aula e a oferta de atendimento à população menos favorecida” (p.38).

No trabalho de revisão de literatura realizado Amaral *et al* (2012) aponta, ainda que de maneira sintética, que a demanda destes equipamentos tem como perfil em sua maioria o gênero feminino, sendo as queixas principais ligadas a dificuldades de relacionamento, de perdas e de ansiedade. Os autores registram um estudo que teve como objetivo compreender o trabalho destas instituições com pessoas com deficiência, três trabalhos que tinham por objetivo a caracterização da clientela infantil, onde apresentava que este público era encaminhado preferencialmente pela escola, sendo as queixas ligadas a relacionamento no ambiente escolar, problemas escolares e ainda solicitação de psicodiagnóstico; um trabalho que discute a experiência de supervisão em psicologia, destacando a aprendizagem do estudante durante o período de estágio em clínica-escola. Os autores registram também um trabalho voltado para o atendimento psicológico oferecido à própria comunidade universitária e outro que discute o perfil da clientela inscrita no serviço de orientação profissional. Por fim, destaca-se a existência de aproximadamente dez estudos que enfocam as abordagens teóricas; um estudo que trata da triagem em clínica-escola e outro estudo que aborda a modalidade de atendimento do plantão psicológico.

---

<sup>10</sup> Encontramos apenas uma publicação que trata da terminologia Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), termo que tem sido amplamente utilizado pelos cursos de graduação e que tem como objetivo a articulação entre teoria e prática cf. Vale *et al* (2011). A título de organização, utilizaremos o termo serviço-escola abrangendo a terminologia do SPA, por entender que o primeiro constitui-se como um termo ainda em voga.

Destaca-se a importância do trabalho dos autores já citados, uma vez que as narrativas das entrevistas nos possibilitam perceber algumas correlações entre a clientela apresentada no parágrafo anterior, bem como nos permitir discutirmos a relação dos profissionais com os serviços-escolas em seus contextos de atuação:

*A gente fecha mais ou menos assim: isso é uma demanda que a pessoa está precisando de psicoterapia? [...] A gente pode encaminhar ela para o grupo, para prática corporal e aí ela pode melhorar? Ou, por exemplo, “essa aqui não, ela precisa de uma psicoterapia.” Dá para fazer psicoterapia aqui ou é grave? Vamos encaminhar pro CAPS ou não? porque é mais leve? Vamos encaminhar para o SPA então? Ou é o serviço de psicologia que tem preços populares...porque quem acessa a atenção primária normalmente tem poder aquisitivo mais baixo....ou então gratuito porque a psicoterapia particular ela é meio cara.*

*(Profissional 04)*

*Já encaminhei pessoas para lá [serviço-escola] em caso de urgência, já foram atendidas e estão tendo acompanhamentos comigo, para também ter esse diálogo. Só que o SPA é um pouco mais difícil por conta dessa fila de espera e por não anteder criança. Dificulta. Na verdade, eu acho que eles atendem criança, acho que é um psicanalista e são só três estagiários, cada um pega um, então é muito pouco, mas eu acho que eles atendem, parece que é só essa abordagem que atende criança lá, as outra não pegam.*

*(Profissional 11)*

As duas narrativas representam o que conseguimos observar com maior frequência no que diz respeito à relação dos profissionais de psicologia com os outros serviços que disponibilizam atendimento psicoterápico, no entanto, divergem quanto à natureza do encaminhamento. Percebe-se que o critério de encaminhamento do usuário para o serviço-escola baseia-se nos casos denominados como leves que constituem naquelas queixas que não incapacitam o sujeito. A outra narrativa revela que o encaminhamento aos usuários ao serviço-escola é pensando aos casos de mais urgência. Ainda percebendo que há uma diferenciação de termos apresentados nos depoimentos dos profissionais, a saber, o urgente e o grave, percebe-se que tais colocações são relevantes no que concerne a dificuldade de identificação do sofrimento psíquico no contexto da ESF. Tal problemática deflagrada neste trabalho vem sendo discutida de forma mais ampla em outros trabalhos, incluindo todos os profissionais que atuam na ESF. O trabalho de Jucá *et al* (2009) junto aos profissionais da ESF no município de Salvador (BA) está em consonância com o apresentamos acima, destacando-se ainda o trabalho de Santos (2013) onde aborda as perspectivas dos profissionais do NASF no município de Fortaleza (CE) apontando exatamente para as dificuldades de implementação de ações em saúde mental. Por último temos ainda de Tavares *et al*

(2013) realizado no município de Caucaia (CE) cujo objetivo era investigar a demanda de saúde mental também no contexto da ESF.

Percebe-se que a problemática vai além do “para onde encaminhar o usuário”, uma vez que este pode ser atendido simultaneamente (em se tratando de transtorno grave) seja nos serviços-escolas ou mesmo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O debate que queremos fazer neste momento consiste, na verdade, na posição em que o psicólogo se encontra quando do encaminhamento para esses equipamentos.

*Se de fato foi entendido que existe uma demanda para psicoterapia, essa necessidade né, aí eu vou procurar encaminhar ele para o SPA...existe uma proposta de ter um psicólogo para psicoterapia na policlínica mas isso não existe ainda e quando eu entendo que há muita necessidade do acompanhamento e o SPA tá numa fila de espera muito grande não tem nenhum contato para poder agilizar, eu fico mais próximo desse paciente mas dificilmente vai ser num formato de psicoterapia mesmo.  
(Profissional 08)*

A partir da narrativa se vê que o profissional, mesmo encaminhando o usuário para o serviço-escola, procura acompanhá-lo. O mesmo pode ser entendido quando diz que “fica mais próximo do paciente” caso este não esteja em atendimento no SPA, no entanto essa aproximação não consiste em um formato de psicoterapia.

*Significa poder atender ele assim de acordo com a necessidade dele, se a necessidade daquele paciente for duas vezes na semana, eu vou está duas vezes da semana na casa dele, se for uma vez semana eu vou está uma vez semana, mas assim eu não sou só o psicólogo dele, eu tenho uma outra...outros tipos de pessoas, outros tipos de atividades que vão me requerer e eu não vou poder fazer psicoterapia com todo mundo que precisa de psicoterapia no território.  
(Profissional 08)*

Santos (2013) discutindo a demarcação dos casos de saúde mental no NASF nos diz que há uma centralidade por parte dos profissionais em definir que um caso é de saúde mental quando está claro que há um transtorno mental, evidenciando que muitos profissionais afirmam não terem casos de saúde mental em seus territórios, pois não há patologias ou mesmo casos de psicoses, neuroses de cunho grave, entre outros transtornos que incapacitam o sujeito.

É evidente, por tudo que apresentamos a partir das narrativas dos profissionais, que teríamos pouca efetividade no cuidado e mesmo reabilitação dos usuários se tivéssemos apenas as práticas psicoterápicas individuais como instrumento. Se tomássemos como hipótese apenas o trabalho de Santos (2013), como já citamos, há uma visão por parte dos profissionais em considerar que os usuários de saúde mental são aqueles graves e, ainda, os denominados de loucos, devendo, nesse sentido, serem

acompanhados prioritariamente no CAPS. Portanto, é possível dizer, ancorado no trabalho da autora, que se registra no território apenas as demandas leves, isto é, as demandas advindas de problemas de relacionamento e mesmo os casos de ansiedade que podem ser acolhidos pelos profissionais do NASF. Nesse sentido, questiona-se o modo de suporte apresentado que, mesmo considerando que pode acompanhar uma ou duas vezes na semana, caso seja necessário, também expõe que não pode ser “o psicólogo do usuário”, na medida em que possui outras atividades a desempenhar. É válido refletir, portanto, o porquê de um usuário que possua “questões”, isto é, demandas leves e moderadas procure auxílio do psicólogo para um atendimento de longa duração e não o obtenha.

Considera-se ainda que o usuário que realmente deseje um atendimento psicológico gratuito de longa duração terá dificuldades, pois nas clínicas-escolas é amplamente divulgado que estes espaços possuem muita demanda, gerando grandes filas de espera<sup>11</sup>. Ao adentrar nesses equipamentos o usuário depara-se ainda com outras problemáticas: a rotatividade dos estagiários, uma vez que se formam, passando o caso para outros colegas e, ainda, o fato de que profissional pelo qual é atendido está em formação.

## **5.2. CATEGORIA INTERPRETATIVA B - Modelos e Formatos psicoterápicos e a interface com a ESF.**

“A doutora me desculpe, mas faltou uma parte muito importante aí, nessas perguntas. A doutora não perguntou nada sobre o nervoso, os problemas de cabeça. ’ A médica ficou surpresa com a interferência do rapaz e disse que nesse questionário não estavam interessados em investigar aquele tipo de problema. O rapaz, então, passou a falar do nervoso, sentia uma aflição na cabeça, que tinha ido a muitos médicos, tirado muitas chapas da cabeça, mas que continuava nervoso.”

(Luiz Duarte)

De acordo com o Novo Dicionário Aurélio (2010) a palavra formato advém de “uma forma que foi estabelecida a partir de um arquivo ou mesmo registro, indicando, portanto, uma ordem.” Já a palavra modelo tem significações como “objeto a

---

<sup>11</sup> Tal informação é feita com base em consulta a dois serviços-escolas visitados durante o período da pesquisa de campo, são eles, o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal do Ceará (UFC)/Campus de Sobral e o outro consiste no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) pertencente a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), ambos conveniados ao SUS e que afirmaram haver lista de espera para atendimentos psicológicos.

ser reproduzido por imitação e representação em pequena escala de algo que se pretenda executar em grande e, por fim, ou ainda um molde<sup>12</sup>.” Buscou-se compreender também o significado da expressão terapia, uma vez que se discute neste capítulo modelos e formatos **psicoterápicos**. A expressão terapia consiste “em um tratamento que possui um princípio, um meio ou um fundamento.” (HOLANDA FERREIRA, 2010). Pode-se perceber que as três expressões trazem em suas significações algo em comum, o entendimento de algo que foi constituído secundariamente, a partir de uma ordem, que também se pode compreender por um molde ou algo já estabelecido.

Discute-se, a partir dos depoimentos dos psicólogos participantes da pesquisa, que tipos de formatações ou mesmo modos de escuta psicoterápicos que podem ser estabelecidos aos usuários que buscam este serviço na ESF. Inicialmente aborda-se a abrangência das propostas psicoterápicas que surgem no trabalho desses profissionais, cujos achados apontaram para uma perspectiva de intenso diálogo entre as abordagens já consolidadas na psicologia, sendo caracterizado no presente trabalho por *hibridismo*. Além disso, depara-se com outra abordagem psicoterápica registrada nos achados da pesquisa denominada pelos entrevistados de abordagem familiar.

O segundo subtópico trabalhado no presente capítulo ainda se relaciona com os formatos advindos das práticas psicoterápicas dos profissionais, entretanto, trazemos para a discussão as formatações psicoterápicas denominadas por interdisciplinares, ou seja, as propostas psicoterápicas que são realizadas em conjunto com outros profissionais.

### **B1. Hibridismo das abordagens psicoterápicas realizado pelos psicólogos da ESF.**

É importante definirmos o que chamamos por hibridismo, cunhado em nosso trabalho a partir dos depoimentos dos profissionais entrevistados. A palavra hibridismo é derivada do híbrido, termo que na biologia significa o cruzamento de espécie de diferentes. Encontramos a utilização dessa expressão também no campo das letras, se tratando de um vocábulo que é composto de elementos de língua diferentes (HOLANDA FERREIRA, 2010).

---

<sup>12</sup> Se considerarmos ainda a noção de modelo para o campo da filosofia da ciência, tem-se que um modelo constitui-se como um sistema, ainda que simplificado de algo que é complexo. De acordo com Schmidt (2007) no pensamento epistemológico de Karl Popper, por exemplo, a noção de modelo é fundamental para o desenvolvimento da ciência, pois permite a representação de um sistema que deve ser falseado ou corroborado.

Falar de um hibridismo no campo das abordagens psicológicas é para nós um aspecto bastante delicado, pois no terreno das psicologias há diversos trabalhos que se ocuparam deste tema que, de acordo com Figueiredo (2008) e Penna (1997), diz respeito ao estado fragmentar ou ainda dispersivo dos conhecimentos da psicologia. Acompanhemos a primeira narrativa das entrevistas que aborda este tema.

*[...] Eu acho que o psicólogo que está aqui dentro, que se ele se abrir pra essas abordagens. Porque a partir do momento que eu estou com um paciente que está com esquizofrenia e eu vou fazer pesquisas dentro dessas várias abordagens e eu consigo trazer um pouquinho de algumas abordagens para fazer aquele tipo de atendimento, aquele acompanhamento, aquele tratamento com aquela pessoa, eu acho que aí já se torna um diálogo, sabe? Poxa se a pessoa está aqui com um problema e eu sou da abordagem do humanismo e o humanismo não está dando conta, por que não buscar uma outra alternativa? Que seja da psicanálise, que seja, enfim de qualquer outra abordagem, eu tenho muito isso.*  
(Profissional 07)

Os profissionais quando imersos no campo da ESF e diante das demandas deste campo e dos usuários, devem ir além de uma abordagem específica, se valendo dos diversos aportes existentes nas abordagens psicológicas para atuar. Um aspecto interessante sobre essa questão se refere ao fato de quando a entrevista chegava neste tema, percebia-se que os argumentos dos profissionais eram envoltos de uma espécie de defesa, melhor dizendo, havia certa restrição por parte de alguns profissionais em abordar a questão de modo tão aberto:

*Que os tradicionais me joguem pedra, eu acredito que assim, não dá para você ficar fixo numa coisa só, se você tem contato com aquele conhecimento, se você conhece, se você sabe que aquilo funciona bem para o usuário, porque cada paciente, cada usuário é um, cada encontro é um encontro. Eu acho que no momento desse encontro com o outro não tem como negar esse conhecimento que você já tem, seja ela de abordagens que conflite uma com a outra, entendeu?*  
(Profissional 05)

*[...] Agora se a gente está aqui e quer viver de fato na nossa caixinha, como tem as caixinhas das abordagens, aí a gente não consegue dialogar de jeito nenhum, é como quando a gente está na faculdade. Na faculdade para mim era muito perceptível, tinha os grupinhos que eram da comportamental, grupinho da ACP e da psicanálise e parece que não se misturam e aquele aluno que ainda consegue se misturar é taxando “Ah esse aí é o doidinho, é o doído, tá em tudo quanto é lugar, quer abarcar o mundo com as pernas”.*  
(Profissional 07)

Como se vê nas narrativas esse cuidado ou restrição em tratar de tal questão, a nosso ver, se relaciona ao fato de que nos espaços de formação de psicólogos (graduação, formações, especializações, etc) o modelo adotado de ensino do saber e das abordagens se dá numa perspectiva de alinhamento ou mesmo circunscrição da disciplina/abordagem, por exemplo, se a psicanálise consiste na disciplina a ser



estudada, é evidente que aquilo que será visto pelos alunos consistirá somente nas bases que concernem a esta disciplina. Antônio Penna (1997) nos diz que a estratégia de unidade de uma dada disciplina se dá exatamente “por uma extensa dispersão por ela [psicologia] sofrida, imposta pela utilização de perspectivas epistemológicas, metodológicas e conceituais totalmente diversas” (p.57). O autor resgatando os teóricos que iniciaram esse debate (primeira metade do século XX) nos diz ainda que há quatro perspectivas epistemológicas que determinaram a dispersão da psicologia, são elas o behaviorismo, a psicanálise, a fenomenologia e a psicologia existencial (PENNA, 1997, p.57).

Se tomarmos ainda as considerações de Figueiredo (2008), vemos que para o autor a dispersão do campo da psicologia gera uma espécie de angústia naqueles que habitam esse campo, pois se deparam como já falamos, por um campo despedaçado, sendo requerido destes uma identificação com determinada escola psicológica. Ainda no dizer do autor tal angústia ou mesmo mal-estar é importante, na medida em que se não houver é porque há o surgimento de duas reações:

O dogmatismo e o ecletismo. No primeiro caso, o psicólogo em formação ou já formado tranca-se dentro de suas crenças e ensurdece para tudo que possa contestá-las. No segundo adota indiscriminadamente todas as crenças, métodos, técnicas e instrumentos disponíveis de acordo com sua compreensão do que lhe parece necessário para enfrentar unificadamente os desafios da prática. (FIGUEIREDO, L. p. 18, 2008)

Ainda que esta temática seja importante para o debate de nosso trabalho, o objetivo deste não consiste numa discussão eminentemente epistemológica das bases da psicologia, sendo de nosso interesse as práticas psicoterápicas realizadas pelos psicólogos do campo em estudo e, nesse sentido, as consequências para este domínio<sup>13</sup>. Ancorado nos autores já citados percebe-se que a questão da dispersão do campo *psi* é algo irremediável ou, não sendo possível convergência total, tal aspecto consiste numa particularidade e diferença saudável para a psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Com relação às narrativas das entrevistas percebe-se não haver por parte dos profissionais entrevistados uma iniciativa de unificação ou trancamento dentro de uma crença, pelo contrário, parece que estes profissionais reivindicam em nome da complexidade de demandas a possibilidade de uso dos diferentes sistemas de pensamento da psicologia.

---

<sup>13</sup> Tal afirmação tem a ver com o fato deste trabalho se tratar de um tema central da psicologia (abordagens *psi*) e, nesse sentido, tocar no terreno epistêmico.

*[...] Psicólogos que não se abrem de modo algum, “não, a minha abordagem é essa e eu trabalho só com isso”. Então eu acho que andam sempre com aquela viseira. Não consegue estar com o olhar ampliado e para trabalhar aqui tem que ter um olhar ampliado, não tem como você trabalhar aqui e trabalhar só fechado, quando você trabalha só fechado o usuário vai lá e detona, reclama. Não tem como. Então eu acho que a gente consegue sim fazer esse diálogo com essas abordagens a partir do momento que a gente consegue abrir nosso olhar, ampliar, conseguir ver as outras abordagens. (Profissional 11)*

A questão que se coloca para discutirmos é que o uso das diferentes escolas de pensamento da psicologia e, com isso, diz-se também de suas técnicas é visto, no mínimo, como algo perigoso, ou ainda, passível de pouca validação para o terreno das psicologias conforme já apontado por Luís C. Figueiredo. Um aspecto interessante a respeito disso surge quando a entrevistada diz ter sido chamada de “doidinha” no período da faculdade. A “doidinha” se refere àquele estudante que não possuía uma abordagem definida o que, a partir de Figueiredo (2008), podemos denominar tal mecanismo como uma espécie de postura dogmática dos colegas de profissão.

Por outro lado, esse aspecto de enxergar nas outras abordagens, em função das necessidades múltiplas que se apresentam no cotidiano de trabalho, também pode ser atribuído, a partir do autor, como um mecanismo de ecletismo, na medida em que a mesma aponta que as outras abordagens são subsídios para ampliar o olhar.

Diante dessas posições colocadas a partir Luís C. Figueiredo percebe-se que há ainda outro componente a ser incluído nesse debate e que a nosso ver corrobora positivamente com a estratégia apontada pelas narrativas. Podemos compreender que a estratégias desses profissionais em dialogar com as outras abordagens não se tratam apenas de um ecletismo, visto que há que se perceber a diferença fundamental que há entre uma intervenção clínica, isto é, da psicoterapia aplicada ou ainda da prática psicoterápica e a clínica psicológica como ciência. Com relação a isso, Sá (2009) diz que as práticas psicoterápicas têm “inspirado a revisão epistemológica e metodológica das psicoterapias, rompendo com algumas tradições, a saber, a objetividade e a universalidade”. Ainda no dizer do autor:

O psicólogo que trabalha no vasto campo de possibilidades das intervenções clínicas, assumir uma identidade teórica não significa necessariamente se engajar em uma militância epistemológica, mas fazer uma escolha, preferencialmente refletida, de uma perspectiva a partir da qual possa se inserir na dinâmica deste diálogo histórico, ético e transdisciplinar que se tornou a Psicologia contemporânea.  
(SÁ, R.N. p. 69, 2009)

O autor afirma ainda que a clínica psicológica, em contrapartida com as diversas áreas científicas, por ter como objetivo essencialmente o sujeito, e por isso

dever ser metodologicamente flexível, ainda que o mesmo pontue que seja importante pensar critérios para o estabelecimento de parâmetros entre o conjunto das práticas psicoterápicas.

Sá (2009) realiza sua argumentação tendo como pano de fundo o diálogo das psicoterapias com as outras disciplinas e profissões, de todo modo esse mesmo espectro serve-nos para pensar o diálogo entre os campos da psicoterapia aplicada.

Merece ser destacado um aspecto que se relaciona não somente com o diálogo entre psicoterapia aplicada, mas com o próprio *setting* das psicoterapias.

*A gente pegava, através das folhas de triagem, cada uma pegava 3 famílias e num determinado momento a gente tinha supervisão com a professora e tinha aula de terapia familiar também. Nesse tempo a gente era só cinco de uma turma de 30, o resto...todo mundo foi pra clínica e só nós que fomos pra saúde coletiva, 5 meninas e a gente se dividia.  
(Profissional 07)*

Em sua fala a não opção por uma das três correntes psicoterápicas não diz respeito a um ato de negligenciar tais correntes, na verdade, se deu por uma opção em realizar o estágio em um campo específico e que possui um público específico, a família. Assim como as narrativas apresentadas não dizem respeito a uma negligência do campo da clínica, mas, na verdade, consistem em uma apropriação metodológica para um campo e público específico, a saber, a ESF e a família.

Outro fator que nos permite refletirmos sobre a narrativa apresentada se relaciona ao fato da pouca quantidade de abordagens clínicas voltadas para família, uma vez que se ocupam eminentemente da criança, do adulto ou mesmo da psicoterapia de casal, entretanto todos esses acompanhados separadamente<sup>14</sup>.

Coimbra (2003) cujo trabalho discute a essência e a multiplicidade dentro da psicologia afirma que em meados do século XIX se registrava a desqualificação do território do público em detrimento do privado, atribuindo ao primeiro o lugar de perigoso e de desconfiança. Para a autora as concepções apresentadas acima foram fundamentais para conformar os domínios da psicologia, em seu dizer, essencialista, privatista e intimidante. Mesmo sabendo que o trabalho da autora consiste numa crítica ao campo da psicologia como um todo e nesse sentido inclui também as psicoterapias responsabilizando-as pelo que chama de especialismo, apropriamo-nos da autora para quando, por exemplo, os profissionais que se utilizam de outras abordagens, tais quais

---

<sup>14</sup> Em pesquisa realizada junto aos cursos de graduação em psicologia do Estado do Ceará, encontrou-se apenas uma (01) IES que constituía em sua matriz curricular a disciplina e o campo estágio clínico voltado exclusivamente para família.

as narrativas nos mostraram e que, na visão de Figueiredo (2008) consistiria em um ecletismo, mas a partir de Coimbra (2003) poderíamos visualizar tal estratégia como uma tentativa de romper com o especialismo, deslocando, a partir da experimentação ou mesmo invenção, teorias e técnicas que até então foram engendradas em outro domínio.

Práticas psicológicas feitas para definir o modo de como agir, de como pensar, perceber e sentir o mundo. Estas crenças são fortes expressões do capitalismo, com sua referência idealista-metafísica, presentificadas na ordem político-social. Um de seus traços são os especialismos, dos quais, nos interessam aqui, as práticas psi: estas e suas estratégias, que têm funcionado como mantenedoras e, mesmo, fortalecedoras do status-quo.  
(COIMBRA, C. p.39, 2003)

Afirma-se novamente que o trabalho da autora consiste em questionar todo campo da psicologia o caráter essencialista, de neutralidade, de previsibilidade e ainda, a compreensão de sujeito, inclusive, de família desta ciência. Nesse sentido que o próprio trabalho do psicólogo que atua na ESF pode ser posto em xeque. No entanto, o que nos interessa para o presente trabalho é o fato de a autora propor que a psicologia seja maculada ou corrompida pela política, já em nosso caso, percebe-se que os profissionais em suas práticas sugerem que as práticas psicoterápicas sejam também maculadas entre si.

É preciso lembrar ainda da distinção entre um debate no nível epistemológico, tal qual trazido por Figueiredo (2008) e um que se dá no campo da psicoterapia aplicada e por isso o questionamento na visão desse autor.

Temos alguns exemplos de como essas apropriações são realizadas no campo da prática psicoterápica:

*[...] Eu já fiz, por exemplo...quando...a gente está em matriciamento, uma criança que a gente esteve lá num matriciamento de saúde mental, e no projeto terapêutico pra criança e para mãe, eu fiquei com a criança para atender e eu não tive como não pegar aquele livrinho de HTP, desenho e tudo, trouxe e trabalhei com ela isso demais, da família, casa, não tem como e eu acredito que isso seja uma prática da psicoterapia e eu consegui trazer para cá.  
(Profissional 11)*

*[...] Então, eu e minha colega a gente questiona assim...o quanto dessa teoria a gente traz para prática. O quanto da prática dá para encaixar na teoria. E eu vou te falar sinceramente tem coisas que eu uso da psicanálise. E tem coisas da comportamental que eu utilizo também. Até porque tem muito usuários que em relação a questão da ansiedade. “Vamos ver esse aqui agora” Que é uma patologia que aparece muito, o transtorno de ansiedade e assim... a gente acaba, sinceramente passeando e eu vejo isso na minha colega também...passeando por várias abordagens.  
(Profissional 05)*

*Na hora que eu estou fazendo as escutas eu fico pensando que, apesar de não ter muita afinidade com a análise do comportamento, é uma abordagem que é bem aplicável para questões de, de transtorno, etc. (Profissional 04)*

Temos então três exemplos de modos de apropriações advindos das práticas psicoterápicas. O primeiro diz respeito aos testes psicológicos, campo este, que possui forte interlocução com a clínica individual, mas que abrange também a área de diagnóstico psicológico, orientação, seleção profissional, orientação psicopedagógica, entre outros. Conforme as narrativas apresentam como exemplo a utilização do teste HTP (*House, Tree, Person*<sup>15</sup>) que aparentemente constitua-se apenas como um deslocamento desse instrumental para o campo da ESF.

Outras narrativas apontaram o modelo da Análise do Comportamento ou Behaviorismo Radical que foi formulada por B. F. Skinner e que é considerada como uma abordagem que tem ramificações tanto para o campo da análise experimental (pesquisa básica), quanto na análise aplicada que se dá, fundamentalmente, na clínica individual e nas abordagens com transtornos de ansiedade, entre outros. É possível observar, a partir das entrevistas, a utilização de diversos referenciais para lidar com as questões que surgem no cotidiano, quando nos falamos “de coisas que utiliza da psicanálise” ou ainda quando expressa que “passeia por várias abordagens” e parece querer reforçar tal modo de atuar quando se refere a sua colega de trabalho, afirmando que a mesma compartilha de suas percepções acerca dessa prática. É possível perceber o tratamento dessa questão por parte da maioria das entrevistadas com certa insegurança quando diz, por exemplo, “Eu vou te falar sinceramente...”. Já a profissional 04 apresenta uma espécie de leitura de queixas dos usuários que lhe chegam, de sua percepção de possibilidade de utilização do referencial da Abordagem Comportamental, no entanto parece não utilizá-lo.

Foi possível perceber insegurança por parte dos profissionais ao falarem da utilização de diversos enfoques psicoterápicos e, a nosso ver, isso ocorre em virtude de que tal questão é central no que diz respeito a abordagens psicoterápicas. Dentro da formação de psicólogos aprende-se que tais referenciais, mais do que servirem de “lentes” para os psicólogos, possuem também a função de exercer uma “lente diferenciada” única, não havendo, portanto, diálogo entre as diversas abordagens ou lentes existentes na psicologia.

As perspectivas psicoterápicas apresentadas pelos profissionais são diversas em termos epistemológicos e metodológicos, no entanto, observa-se que esses “instrumentais” que ora estão inseridos apenas no campo da psicologia clínica

---

<sup>15</sup> Teste geralmente denominado no Brasil de “Casa, Árvore e Pessoa.”.

individual como, por exemplo, o campo da avaliação psicológica, é deslocado para o campo da ESF pelo profissional de psicologia, dependendo da demanda surgida no contexto de atuação, conforme vimos nas narrativas das entrevistas.

Considerando ainda, de acordo com as narrativas acima, que a apropriação é realizada na medida em que são vistos como potenciais “instrumentais” que vão contribuir para o cuidado com o usuário seja no teste psicotécnico utilizado para compreensão das questões ligadas a personalidade do sujeito e de que forma este interage com as pessoas e o ambiente (BORSA, 2010), ou na incorporação de determinada técnica advinda da Análise do Comportamento para lidar com os transtornos mentais contribuindo assim, para o cuidado com o usuário da ESF.

Um ponto que merece destaque é que esses instrumentais, quando deslocados para este campo, não sejam apenas meros deslocamentos, mas também reformulações de instrumentais até então disponíveis apenas ao público que poderia pagar por uma avaliação psicodiagnóstica ou mesmo uma sessão psicoterápica.

É nesse sentido que questionamos essas apropriações, aqui denominadas como hibridismo das abordagens psicoterápicas, quando consistem em ecletismos que conforme dito por Figueiredo (2008) são o “lançar a mão de tudo, sem rigor e compromisso.” (p.19). É possível dizer que a insegurança refletida na fala da profissional 05 seja fruto do medo em ser taxada de eclética em sua atuação.

Por outro lado é possível perceber, nas considerações feitas pelos entrevistados, e em consonância com Lancetti (2009), que um componente fundamental para a atuação no campo da ESF deve ser a atuação como espécie de “acontecimento”, isto é, pautada por ações que se distanciem da rotina ou mesmo daquilo que chamamos de técnica em si. Nesse sentido nos perguntamos se, em alguma medida, trazer um teste, tal qual apontado na narrativa, preconizado apenas no *setting* privado da clínica e utilizá-lo como diagnóstico para o campo de atuação do psicólogo da ESF, não se constitui como um acontecimento? Será que, em alguma medida, tal ação pode se constituir como um “novo” para a prática do psicólogo e do cuidado em saúde?

A partir das narrativas podemos também refletir sobre esse possível ecletismo apontado amplamente por Figueiredo (2008) levando em consideração a questão da demanda. Nesse ponto concorda-se com Baremblytt (1997) ao dizer que a “clínica é um âmbito cujo estatuto não se reduz ao domínio de uma teoria, de um método ou de uma técnica (ou seja: um exercício de uma especialidade), e muito menos ao que regula as prestações de serviços contratados, rentáveis, etc.” (p.7).

Dessa forma insistimos em apresentar que é possível que esse hibridismo funcione como uma ruptura dos especialismos conforme apontado por Baremlitt, todavia adverte-se da linha tênue que há entre o ecletismo e entre a necessidade de realizar quaisquer ações para nunca ser questionado frente ao usuário ou mesmo no serviço.

## **B.2. Psicoterapias Interdisciplinares.**

Observamos na seção anterior que a psicoterapia desenvolvida no contexto da ESF ganha outras roupagens, inclusive, o psicólogo se permite dialogar com instrumentais e métodos advindos de outras abordagens psicoterápicas. Nesta seção discutem-se as contribuições das outras categorias profissionais para construção das psicoterapias no campo da ESF. As narrativas apontaram que tão importante como dispor do espaço da escuta e dos instrumentais existentes das abordagens, é necessário também para o trabalho psicoterápico desse profissional a construção de atendimento em permanente diálogo com as outras categorias.

*A gente tem uma figura muito clássica que é da psicoterapia clínica que é o psicólogo e o paciente e poucas vezes acaba envolvendo outros profissionais como um psiquiatra, como um educador físico. Muitas vezes ele até encaminha, mas não há essa comunicação....essa interlocução dos processos e isso é muito foco no posto de saúde.  
(Profissional 08)*

A narrativa apresenta um contraste da dinâmica de atendimento psicoterápico em um contexto privado e de um atendimento psicoterápico que ocorre no contexto da ESF, afirmando que no primeiro contexto citado mesmo havendo uma necessidade de dialogar com outras profissões, torna-se mais difícil, uma vez que o profissional é autônomo. Consiste numa descrição sucinta, mas objetiva do que vem a ser psicólogo clínico Lo Bianco *et al* (1994) reforça tal afirmação quando diz que a concepção de trabalho clínico, em seu dizer, “clássico” está ligado a um sistema de atenção voltado exclusivamente ao indivíduo e que “independente da área disciplinar de atuação profissional, o método clínico depara-se com um indivíduo cuja problemática deve ser resolvida de forma mais ou menos imediata.” (p.9). E o que seria o contraponto dessa proposta? No dizer de alguns entrevistados a clínica ampliada é o olhar que oferece um contraponto para pensar a clínica individual da psicologia.

*Na atenção primária, na ESF, a gente não trabalha com psicoterapia, não é objetivo da gente, mas a gente trabalha com clínica ampliada.  
(Profissional 08)*

*Acho que a clínica ampliada é muito o olhar né? E acho que esse profissional que tá aqui, ele tem que ter, independente da abordagem.  
(Profissional 11)*

A temática da clínica ampliada fomenta diversas discussões no campo da psicologia, sobretudo, no que diz respeito às novas roupagens da clínica e, evidentemente, que não registramos apenas a clínica ampliada, mas acompanha-se o surgimento das novas denominações da clínica como, por exemplo, a clínica transdisciplinar, clínica institucional, clínica porosa, entre outros (PAULON, 2004).

As impressões acerca da clínica apresentada nas narrativas parecem querer atribuir uma conotação menos restrita ao que já se denomina por clínica. No entanto, questiono em que medida, de fato, a simples adjetivação, tal qual consta nas narrativas acima representa uma mudança na clínica constituída pelos psicólogos.

Simone Paulon (2004) articulando o tema da clínica ampliada com a clínica psicológica questiona se a clínica que leva a denominação de “ampliada” tem conseguido em última instância abranger as principais questões que emergem no campo da clínica psicológica. Segundo a autora, registram-se atualmente inúmeras questões complexas para o campo da clínica que as bases da psicologia e da psicanálise não estavam preparadas para lidar. A psicóloga se interroga sobre quão “curioso seria um debate entre Freud e Breuer acerca dos processos de filiação e estruturação edípica das crianças gestadas em barrigas de aluguel ou adotadas por casais homossexuais.” (p.261)

A autora questiona ainda se a clínica ampliada, quando tomada pelos psicólogos, tem conseguido dar conta de tais questões ou se, na verdade, consiste numa utilização de um novo nome ou ainda a adjetivação da clínica com uma necessidade de “referir uma multiplicação, geralmente acrítica, daquilo que, de fato, requer muitas outras versões.” (PAULON, p.264, 2004).

Considera-se de grande importância realizar tais demarcações, pois mais do que uma denominação, o que parece estar em jogo e sendo na verdade mais importante, são as “novas” formas de sofrimento psíquico que tem se apresentado na contemporaneidade.

Por outro lado, observa-se um aspecto interessante ainda se referindo a clínica ampliada e, especificamente, ao que denominamos por psicoterapias interdisciplinares, pois mais do que uma terminologia, as narrativas apontaram que a clínica ampliada parece tensionar para que o psicólogo e suas psicoterapias dialoguem com os outros profissionais em suas intervenções.



*[...] Por exemplo, obesidade, ansiedade, as coisas são ligadas. Eu preciso da nutrição...da educação física...fisioterapia porque a pessoa sente muitas dores e não adianta dizer que eu vou tratar a ansiedade dela e pronto. Vai resolver o problema de obesidade? Não, não vai, não é só isso, o ser humano é muito mais do que o sintoma...hoje eu tenho esse entendimento, ele é muito mais do que esse primeiro sintoma que ele chegou relatando, e quando você enxerga isso, que o ser humano é mais do que um sintoma, aí você consegue visualizar um pouquinho mais de foco, e que existem outras relações e que a vida das pessoas, a nossa vida, é como se fossem redes interligadas.  
(Profissional 02)*

A narrativa acima consiste em um exemplo relacionado à queixa de ansiedade, queixa esta bastante recorrente para os profissionais de psicologia, independente se este profissional estiver atuando individualmente no campo privado ou no contexto das políticas públicas. O aspecto que merece destaque é exatamente a necessidade de aproximar os outros profissionais para atuarem no cuidado com a usuária. Não podemos ser ingênuos ao realizar uma comparação entre o profissional que atua no público e no privado achando que este último, ao receber uma demanda exemplificada, desconhece que a ansiedade não está ligada a outras questões e para tanto aos outros campos de saber. A questão é que, no âmbito privado, o diálogo com as outras profissões é menos intenso, na medida em que entendemos que cada profissional está disposto em seu consultório, onde muitas vezes o diálogo ocorre pela via do encaminhamento. Vale ressaltar que há casos em que o acompanhamento de dois ou mais profissionais de um mesmo paciente no *locus* de atuação privado se dá pela aproximação desses profissionais por diversos motivos, permitindo assim a colaboração entre ambos. Afirma-se, a partir da experiência do próprio autor, que os acompanhamentos simultâneos no campo da clínica psicológica têm como principal profissional o psiquiatra, sendo em menor índice a participação dos profissionais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, entre outros. E contrapartida na ESF, reconhecemos a presença constante desses profissionais e que devem ter por imperativo o trabalho em equipe.

Parece que contar com uma gama de profissionais representa um avanço no campo de ampliação das possibilidades de olhar para o sujeito e, especificamente, no olhar da psicologia. Esclarece-se que não necessariamente a disposição desses profissionais consistirá em um avanço no trabalho, o que se demarca aqui é a possibilidade de contribuição que tais profissionais possuem juntos para atuarem na realidade. Apontamos outrora que o trabalho de Souza (2003) trouxe algumas reflexões, advindas do trabalho em equipe dos profissionais do NASF demarcando que em alguns

cenários da pesquisa havia uma necessidade do profissional encaminhar o usuário muito mais para se desresponsabilizar, do que dialogar ou mesmo amplificar seu olhar.

Araújo e Galimbertti (2013) em estudo acerca da colaboração interprofissional entre seis equipes de NASF de um município de grande porte do Nordeste trouxeram alguns aspectos que contribuem para um cuidado em maior ou menor grau aos usuários. O primeiro diz respeito à dispersão do trabalho em equipe, a dificuldade em elaborar conjuntamente as demandas de acompanhamentos, visitas, entre outros. Outro aspecto trazidos pelos autores diz respeito ao arranjo organizacional do NASF, sendo importante para o nosso trabalho, pois a presença desse profissional se dá, em muito, nessa política e está relacionado aos conflitos, o estresse e mesmo o sofrimento advindo do trabalho junto com a EqSF. Em síntese, o trabalho dos autores demarca que os diversos desafios existentes para o NASF levam a compreensão de que “tal arranjo não tem possibilitado de forma eficaz o desenvolvimento de práticas colaborativas.” (ARAÚJO & GALIMBERTTI, p.467, 2013).

Os estudos de Souza (2003) e de Araújo e Galimbertti (2013) são importantes, na medida em que aprofundam as compreensões do trabalho em equipe dos profissionais do NASF, nos levando a questionar, inclusive, se os conflitos e a desresponsabilização não consiste em um grande obstáculo para a construção de psicoterapias interprofissionais.

Por outro prisma, tem-se que as narrativas que tratam do tema em questão apontam a necessidade dos profissionais de psicologia atuarem com os profissionais das outras categorias não apenas para “trabalharem juntos”, mas pela própria incipiência do recurso das psicoterapias verbais.

*[...] Não é só o discurso que a pessoa traz que eu também tenho acesso pra cuidar do processo dela, eu tenho acesso a outras coisas e isso eu acho que é fundamental para o índice de sucesso que a gente tem com casos bem difíceis, que eu não sei se a clínica tradicional psicoterapêutica conseguiria manejar sozinha.  
(Profissional 09)*

Nota-se na narrativa acima um questionamento que se assemelha ao que apontamos anteriormente, no entanto um aspecto que merece destaque consiste em nos perguntamos que aspectos que permitem uma maior eficácia das psicoterapias realizadas pelos profissionais que atuam na ESF, em contrapartida das psicoterapias realizadas no âmbito privado. Acompanhemos dois trechos de profissionais que tratam da questão da diferença entre as psicoterapias:

*[...] A gente não está só preocupado com o cuidado psicológico né? somente das pessoas, a gente tá preocupado com outras formas de cuidado, acho que isso é o primeiro passo, o corte de diferença. Eu quero saber se ele está com a vacina em dia, entendeu? Eu quero saber se a condição de moradia dele é legal, enfim...*  
(Profissional 09)

*Por exemplo, eu estou fazendo pré-natal junto com a minha enfermeira... É legal porque no pré-natal que você pode identificar possíveis demandas de ansiedade, conversar um porquinho sobre o parto, que normalmente na correria da enfermagem, na correria da enfermeira, que ela tem várias coisas, ela esquece. Então a gente pode trabalhar assim também.*  
(Profissional 02)

As narrativas trazem algumas estratégias elaboradas pelos profissionais para ampliar o arcabouço do fazer *psi* e atuar conjuntamente com outros profissionais. Mesmo não sendo evidenciado nas narrativas acima, é possível afirmar com base em diversos estudos do campo da saúde coletiva que tem se dedicado a investigação sobre a VD de que esta é um recurso fundamental para o fortalecimento de vínculo e, conforme versa o excerto acima, para o aprofundamento das questões ligadas à vida do usuário. Albuquerque & Bosi (2009) cujo estudo objetivava compreender as percepções dos usuários acerca da visita domiciliar, tendo como base as dimensões da relação profissional-usuário, humanização do cuidado e sentido da integralidade, contribuem para reiterar as falas acima. O ato de indagar ao usuário sobre o calendário de vacina do mesmo ou ainda a curiosidade em conhecer a moradia do usuário (que supomos aqui ser o recurso da VD o mais adequado para tal) podem ser fundamentais estratégias psicoterapêuticas, pois são em suma modos de se aproximar do usuário em um espaço além do posto de saúde, evidenciando a empatia e o cuidado para com este.

Parece-nos evidente a ideia de que o cuidado domiciliário decorrente da Estratégia Saúde da Família engloba e perpassa modalidades de atenção que visualizam características fundamentais para a garantia da integralidade, da intersubjetividade inerente à humanização e ao cuidado centrado no usuário e sua família. (ALBUQUERQUE, A. BOSI, M. p.1110, 2009)

Outra narrativa refere-se ao substrato da prática dos profissionais de psicologia deste contexto, pois como já afirmamos esses profissionais possuem papel de apoiar, devendo atuar em equipe. A questão que se coloca para debatermos consiste na postura deste profissional em se aproximar de outros profissionais que, conforme dito pela mesma, tem por característica uma amplitude de atividades dentro do posto de saúde, conseguindo identificar demandas de ansiedade e realizando um trabalho de orientação, trabalho este característico de quaisquer psicoterapias.

Destaca-se que tais estratégias podem ser inovadoras do ponto de vista do trabalho do psicólogo e de suas psicoterapias, na medida em que descentra o psicólogo de seu lugar natural e o desloca para espaços até então inusitados como, por exemplo, a possibilidade de escuta e mesmo de orientação em conjunto com a profissional da enfermagem e, inclusive, aprendendo alguns aspectos relativos ao pré-natal com esta. No entanto pensamos se não seria fundamental que tais ações buscassem não apenas a aproximação do profissional de psicologia com o usuário, mas que contribuíssem para pensarmos, inclusive, uma espécie nosografia para além da padronizada, isto é, uma psicoterapia que vá além do psiquismo, conforme acentuado na fala do profissional 09. Tais estratégias a nosso ver podem possibilitar uma mudança nos modos de representações da doença, melhor dizendo, do sofrimento. Uma dessas mudanças apontadas pelos entrevistados é a capacidade de trabalhar aspectos do sofrimento aliado ao corpo.

*Nos processos grupais...a gente vê...outras coisas andando ou a evolução do o paciente vem na atividade física que é uma coisa boa para gente..esse trabalho da psicologia com essa outra categoria que faz fundamental diferença, eu acredito que faz.*  
(Profissional 12)

*Eu considero de verdade...os educadores físicos ou professores de educação física, porque eles tem essa distinção....que realmente são os profissionais da saúde mental, e eu dou a mão à palmatória de que educadores físicos salvaram muito mais almas do que, talvez, os meus atendimentos clínicos, isso com certeza!*  
(Profissional 01)

Nas duas narrativas apontadas é possível perceber as considerações acerca da função do corpo envolvida nos processos de saúde-doença, a primeira por meio dos processos grupais que geralmente no contexto da ESF incluem atividades corporais e, na segunda narrativa, observa-se a importância do trabalho em conjunto com os profissionais de Educação Física. Com relação à atuação do psicólogo com grupos, é possível dizer que há diversas propostas dentro da psicologia que se ocupam em pensar os processos grupais e no campo da atuação tantas outras intervenções em grupos, haja vista que essa modalidade é intensa no trabalho na ESF, dado o grande número de população adscrita nos territórios. A questão que se coloca e que parece estar expressa na primeira narrativa se relaciona em quão a psicologia tem conseguido efetivamente propor procedimentos adequados para este formato que não consistam em adaptações “dos conhecimentos psicológicos à situação encontrada na saúde pública visando, principalmente, o aspecto educativo onde, muitas vezes, o objetivo é a

"conscientização" da clientela sobre suas condições de vida." (CARVALHO; SILVA, 1990).

Já com relação à outra narrativa apresentada, percebe-se a pertinência da atuação em conjunto com os profissionais de Educação Física, inclusive, apontando-os como exímios profissionais que lidam com a questão do sofrimento humano. A própria entrevistada parece questionar sua prática psicoterápica, na medida em que reconhece que os referenciais do psicólogo foram menos efetivos na construção do cuidado dos usuários em relação aos profissionais da educação física. É possível notar que tal reconhecimento se dá exatamente pelos benefícios proporcionados pela prática corporal e que tem como pano de fundo a perspectiva de que o cuidado deve ser além das paredes da Unidade Básica de Saúde (UBS) e, no caso das psicoterapias, da comunicação que se dá apenas pelo domínio verbal. Nesse sentido é perceptível que a própria concepção multiprofissional e de atendimento integral postergada nas propostas do NASF e do PRMSF parecem contribuir para fortalecimento do cuidado dos usuários e, em nosso caso, deflagra uma fragilidade da prática da psicologia nesse âmbito.

### **5.3. CATEGORIA INTERPRETATIVA C: Contribuições das Psicoterapias para o trabalho *psi* na ESF.**

“Gostaria que houvesse alguém que ouvisse minha confissão: Não um padre – não quero que me digam meus pecados; Não minha mãe – não quero causar tristeza; Não uma amiga – não entenderia bastante; Não um amante – seria parcial demais; Não Deus – ele é tão distante; mas alguém que fosse ao mesmo tempo o amigo, o amante, a mãe e o padre, Deus e ainda o estranho – não julgaria nem interferiria, e quando tudo já tivesse sido dito desde o início até o fim, mostraria a razão das coisas, daria força para continuar e para resolver tudo à minha própria maneira.” (Poema de uma americana publicado em 1916 em *The Little Review* traduzido por Grazyna Drabik) .

As considerações anteriores giram em torno de questionamentos acerca da efetividade dos aportes psicoterápicos clássicos quando desdobrados no trabalho dos psicólogos que atuam na ESF. As narrativas apontaram as dificuldades para a realização de apoio ou atendimento psicoterápico que, entre outros aspectos, envolvia a inadequação seja do formato de atendimento ou ainda da noção de subjetividade postergada por essas abordagens quando deslocadas para o campo da Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse sentido que os achados até então apresentados se assemelham

ao que Ferreira-Neto (2011) diz a respeito da necessidade de problematizarmos as concepções de subjetividade e interioridade da psicologia.

A inserção do psicólogo no campo das políticas públicas tem produzido inflexões não somente no âmbito da formação, como também na elaboração teórico-conceitual. [...] a vida íntima e privada, sofreu abalos, e passou a ser problematizada através de um permanente debate que extrapola o campo disciplinar da psicologia para se estender junto às ciências humanas e sociais. A identificação classicamente estabelecida entre subjetividade e interioridade vai perdendo sua consistência exigindo outras problematizações que pensem a noção de subjetividade para além da interioridade psicológica. (p.51)

Por outro lado a temática das psicoterapias não pode ser tomado pelos entrevistados apenas pelo viés do questionamento ou da crítica, uma vez que consiste na fundamentação de muitos profissionais logo que adentram no contexto da ESF. As discussões a seguir ilustram tais compreensões da relação entre o trabalho do psicólogo e as psicoterapias, levando ainda em consideração a produção do cuidado.

### **C.1. A psicoterapia como indutor de uma escuta qualificada dentro da ESF**

Em contraste com o que apresentamos nos capítulos precedentes, os entrevistados também apresentaram argumentos que dizem respeito às contribuições das psicoterapias para sua atuação nesse campo, sendo este o objetivo deste capítulo.

Ainda que tais concepções de subjetividade atravessem um momento de ressignificações, conforme vimos com a citação acima e também a partir de outros autores, é interessante notar que o aspecto de um olhar voltado para a vida íntima (COIMBRA, 1993; LIMA & NUNES, 2006) ou mesmo para a noção de subjetividade interiorizada (FERREIRA-NETO, 2011; 2004) são, de acordo com as narrativas das entrevistas, um recurso utilizado pelos profissionais para se diferenciar ou mesmo delimitar o trabalho do psicólogo no campo da ESF.

*Porque eu acho que esse campo também não pode esmaecer demais a sua teoria porque você acaba sendo meio...sei lá...de repente se você não estudar você vira assistente social. Porque você vai fazer meio que...uma coisa que você não tem muito definido, você pode se perder, são muitas categorias, é fisioterapeuta, é nutricionista, é assistente social, então se você não estudar, pelo menos a parte de psicologia e campo.  
(Profissional 01)*

A partir da narrativa acima vemos que a teoria consiste no que denominamos durante todo o trabalho por psicoterapias. Ainda de acordo com a entrevistada parece que o constructo das psicoterapias deve ser estudado pelo

profissional de psicologia que atua na ESF, sob pena do mesmo ter sua especificidade anulada ou, no dizer da profissional, ser “esmaecida” diante das diversas profissões que compõe esse campo.

A questão surgida na narrativa diz respeito no sentido *lato* ao tema da identidade profissional do psicólogo e é evidente que o presente trabalho integra tal temática, mas que nem de longe se pretende esgotá-la diante das diversas discussões existentes conforme já apresentado no início do processo dissertativo. A problemática acima é também emergente noutros espaços que contam com o trabalho de psicólogos e assistentes sociais como, por exemplo, o campo da Política de Assistência Social.

Vimos na seção “Movimento da Psicologia Crítica e o do Compromisso Social” que a denominação do “compromisso social” tem a ver com uma série de ações e proposições que visam tornar a psicologia uma prática comprometedora da transformação social. Ainda que muitos documentos construídos, por exemplo, pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) façam menção à necessidade de que a prática *psi* seja contextualizada com os aspectos sociais, afirma-se que tais documentos, a nosso ver, apresentam dois argumentos: tendem a vincular “o papel da psicologia ao indivíduo e a sua subjetividade” (OLIVEIRA, p.45, 2012), ou optam em propor uma atuação deste profissional voltada apenas para os aspectos psicossociais, não apontando assim um fazer específico desta categoria no campo.<sup>16</sup>

A nosso ver, tal problemática expõe o que parece ser específico aos psicólogos, que consiste justamente nas dimensões ligadas às psicoterapias, em contrapartida, aquelas dimensões que envolvem atuações coletivas, ou ainda, as visitas domiciliares e os estudos sociais são de responsabilidade não apenas do psicólogo, mas de todo o conjunto de profissionais que compõem o campo. Tal aspecto aparece nitidamente na narrativa apresentada, que ao ser indagado sobre essa questão, o entrevistado aponta para uma categoria específica, isto é, o assistente social.

É importante mencionar que o aspecto fundante do trabalho do profissional do Serviço Social é a questão do problema social e, para isso estes profissionais lançam mão de diversos instrumentais, dentre estes, o que se chama de diagnóstico social. Com isso, diz-se que o objeto deste profissional, ainda que tenha o sujeito como horizonte, é

---

<sup>16</sup> Tal afirmação é realizada levando em consideração o artigo de Isabel Oliveira (2012) citado acima, além de investigação realizada por nós junto aos documentos do CFP, a saber, “Senhoras e senhores gestores de saúde, Como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS?”; “Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do decreto 7.508/11 (2011)”; “Referência Técnicas para atuação e trabalho no SUAS” (2012), entre outros.

antes de tudo a questão das coletividades. Então, se adentrarmos ainda mais nas questões ligadas ao trabalho dessas categorias vê-se que atividades tais como a promoção da saúde e, mesmo, a prevenção estão em última instância muito mais ligadas ao trabalho do assistente social do que necessariamente ao trabalho do psicólogo.

Com a intenção de realizar mais considerações acerca desta problemática insiste-se em retomar as questões relativas às estratégias de direcionamento do trabalho do psicólogo no âmbito das políticas públicas adotadas pelo CFP, dando ênfase na estratégia de propor que a atuação desse profissional consista apenas no nível psicossocial, isto é, que não haja uma inserção dos aportes psicoterápicos nesse campo, aliando a tal estratégia mais um excerto das entrevistas:

*O que não pode estar....a continuidade e a longitudinalidade. Não pode estar, não tem como estar nesse contexto do NASF e a gente perde “de cara” uma grande possibilidade.... terapêutica mesmo. Como que eu vou fazer uma escuta terapêutica agora dessa pessoa e eu vou fazer uma escuta novamente daqui a dois meses? Na hora que eu perco isso pra mim eu comprometo esse setting da clínica mais tradicional, pra mim já quebra totalmente com o que poderia ser.*  
(Profissional 03)

Percebe-se que a narrativa acima se relaciona ao aspecto da inadequação das psicoterapias no campo da ESF e se observarmos tal concepção caminha no mesmo sentido adotado por muitos documentos elaborados pelo CFP. Ainda que a profissional delimite que o aspecto psicoterápico que não cabe na prática do psicólogo na ESF seja a longitudinalidade, não especificando, portanto, que aspecto psicoterápico caberia nesse campo, entendemos que tanto a profissional, quanto os documentos já mencionados acabam por realizar uma dicotomização dos fazeres, atribuindo às iniciativas psicossociais a denominações progressistas e as iniciativas psicoterápicas associadas a noções consideradas retrógradas ou mesmo acríticas.

Ximenes, Paula e Barros (2009) discutindo o papel do psicólogo no campo Política de Assistência Social e a dimensão comunitária, alerta para os entraves e os conflitos que se dão na prática do psicólogo ligados aos aspectos político-institucionais.

[...] as eventuais pressões resultam, muitas vezes, em pressões para que o profissional priorize demandas e temporalidades relacionadas às instituições responsáveis pela gestão [...] em detrimento das demandas das temporalidades referentes às comunidades onde estão inseridas tais políticas.  
(XIMENES, PAULA e BARROS, p.696, 2009, grifo nosso)

Podemos dizer que a categoria “comunidade” utilizada pelos autores exerce a mesma função que as “psicoterapias” possuem neste trabalho, isso porque a citação acima revela o conflito do psicólogo em lidar com as demandas comunitárias frente às



questões institucionais que, para nós, pode ser traduzido como demandas de atenção e de cuidado em saúde aliando a categoria *psi com* as outras categorias e as demandas específicas da psicologia. Tal questionamento é feito por nós também a partir das seguintes narrativas:

*Pra mim é difícil pensar nessa psicoterapia, dessa questão mais psicoterapêutica, que eu acho que não deve acontecer...entende? Não deve acontecer...inclusive, quando você me falou o tema, eu fiquei pensando: "como assim? como é que você [pesquisador] tá pesquisando sobre psicoterapia na estratégia se a gente não quer isso para a psicologia nesse espaço?" E eu fiquei pensando muito sobre isso. Pra mim é exatamente romper com isso, a minha lógica é a outra, é anterior a essa, de não ter.. eu não consigo conceber algumas questões da psicoterapia tradicional pra cá, não consigo. Trago como "fundo", trago como olhar, trago uma escuta atenta a isso, mas não enquanto formato, enquanto aplicação disso pra cá. Pra mim, não faz sentido!*  
(Profissional 03)

*Acho que na atenção primária, a gente não tem condições ambientais, não tem cara, assim... Um ambiente ideal pra realizar uma psicoterapia mesmo, clínica. Porque tem barulho, não tem sala apropriada. Seria, é... Sem muita interferência externa. Porque isso influencia. Na fala daquele cliente. E aí o tempo também, né?*  
(Profissional 02)

Questionamos então se a opção pela não psicoterapia, conforme demonstrado nas narrativas que balizam a prática da psicologia no campo da saúde não seria um modo também de evidenciar determinada práxis ideológica, sob o risco de reproduzi-la levando em consideração que as políticas públicas e sociais ocorrem em meio à existência de projetos políticos diversos em contextos por vezes conflituosos. (XIMENES, PAULA e BARROS, p.696, 2009, grifo nosso).

As diversas críticas realizadas ao campo das psicoterapias foram levantadas tanto na seção de resgate histórico da clínica (psicoterapias) e, ainda, a partir dos achados da pesquisa junto aos entrevistados revelando as fragilidades das psicoterapias para lidar com a população que acessa os serviços da APS, parecendo estar evidente que, do ponto de vista do olhar dos profissionais o acesso a esses serviços é inviável.

Encontrando-nos em tal situação é que nos perguntamos o que há para ser questionado diante desse quadro? As psicoterapias, de fato, são inviáveis nesse lugar? Quase como uma saída para tal impasse, trazemos para pensarmos a problemática em questão o pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu.

A contribuição bourdieusiana nos permite pensar o impasse das psicoterapias justamente quando o sociólogo realiza um trabalho acerca da ciência a partir da noção de *campo*, na medida em que este consiste em um domínio de disputa e

concorrência interna. É válido mencionar que Bourdieu se debruçou sobre os diversos campos, a saber, os artistas, a escola, os padres, as classes populares, os patrões, permitindo-o a compreender que tais domínios são repletos de leis sociais mais ou menos específicas, e o campo da ciência não era diferente.

A noção de campo está aí para designar esse espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias. Se, como macrocosmo, ele é submetido a leis sociais, essas não são as mesmas coisas. Se jamais escapa às imposições do macrocosmo, ele dispõe com relação a este, de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada. (BOURDIEU, p.21, 2004).

A noção de campo vai realçar, portanto, esse grau de autonomia que o microcosmo, no dizer do autor, possui e a questão subsequente apresentado por ele consiste na relação dos diferentes campos científicos, em específico, “sob qual forma se exercem, créditos, ordens, instruções, contratos, e sob os quais formas se manifestam as resistências que caracterizam a autonomia.” (BOURDIEU, 2004).

É possível compreendermos que o campo científico, tal qual o mundo social, é um campo repleto de pressões, envolvendo ainda as demandas político-econômicas que, no dizer do sociólogo, se faz por imposições. Esse grau de autonomia do campo apontado por Bourdieu tem por balizador o seu poder de refração e retradução que, em outras palavras, diz de um processo de politização e polarização do campo.

Todo campo, o campo científico, por exemplo, é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças. [...] No campo científico Einstein, tal como uma grande empresa, deformou todo o espaço em torno de si. Essa metáfora “einsteiniana” a propósito do próprio Einstein significa que não há físico, pequeno ou grande, em Brioude ou em Harvard que (independentemente de qualquer contato direto, de qualquer interação) não tenha sido tocado, perturbado, marginalizado pela intervenção de Einstein. (BOURDIEU, P. p. 23, 2004)

A partir dessa breve explanação é que se põe em xeque a noção de inviabilidade das psicoterapias no campo da ESF emergida nas narrativas das entrevistas, nos permitindo compreender que as narrativas apontam que não há lugar para as psicoterapias na ESF, se constituindo na verdade como campos de força do trabalho do psicólogo no campo da ESF.

Bourdieu contribui para esse debate também, na medida em que ressalta que a determinação entre o que pode e o que não pode ser realizado dentro do campo são estruturados por agentes, a isso denomina de *estrutura das relações objetivas*.

[...] o que comanda os pontos de vista, o que comanda as intervenções científicas, os lugares de publicação, os temas que escolhemos, os objetos pelos quais nos interessamos etc. é a estrutura das relações objetivas entre os diferentes agentes que são, para empregar ainda a metáfora “einsteiniana”, os princípios de campo. (BOURDIEU, P. p.23, 2004).

Sustentado nas colocações do sociólogo francês é que questionamos se não é possível falarmos dessa *estrutura das relações objetivas* apontada pelo sociólogo entre as abordagens psicoterápicas e a ESF em sujeitos (psicólogos, pesquisadores, estudiosos, etc) que se posicionam no sentido de criação de possibilidades para que tenhamos apenas outras ações *psi* e não necessariamente aquelas ligadas às psicoterapias.

A luz de Bourdieu questiona-se, portanto, se a impossibilidade dos aportes psicoterápicos é inviável de modo total, ou seja, esse formato de fato não cabe no fazer *psi* na ESF ou, na verdade, trata-se de tensionamentos existentes no interior da psicologia e, em nosso caso, no estado do Ceará que levam ao binarismo do tipo “clínica x social” que faz com que encontremos tal configuração nos depoimentos dos entrevistados.

Admite-se que parece haver um limite quanto à dimensão de modelos e formatos das psicoterapias, ainda assim, a partir de Bourdieu, é possível questionar o posicionamento dos agentes nesse campo que são ora construídos, ora reproduzidos, nas falas dos entrevistados e reforçam a possibilidade ou impossibilidade do aporte psicoterápico no trabalho do psicólogo da ESF.

## **C.2. Psicoterapia e Cuidado.**

As narrativas dessa seção evidenciam a relação existente entre os aportes psicoterápicos e a categoria do cuidado, uma vez que as psicoterapias se propõem, entre outros aspectos, a fornecer ajuda ou mesmo alívio para as questões do sofrimento e ainda oferecimento de espaço de fala ao usuário.

Tal concepção parece estar diretamente relacionada às narrativas encontradas, na medida em que os entrevistados tratam positivamente dessa relação entre psicoterapia e cuidado ou, como muitos também denominam do “olhar clínico”, para o trabalho do psicólogo no campo da ESF. Acompanhem algumas colocações que vão nessa direção:

*[...] Ah com certeza tem. O olhar, a escuta...acho que isso é até um diferencial nosso né, frente os outros profissionais...  
(Profissional II)*

*[...]Eu acho que no momento desse encontro com o outro, não tem como negar esse conhecimento que você já tem de uma abordagem, entendeu? Eu*

*não tenho dúvida que a clínica não contribua para mim..para o meu trabalho aqui entendeu? [...]*  
(Profissional 05)

*[...] As psicoterapias psicológicas e a que eu gosto mais..ela...ela me dá uma orientação, uma instrumentalização para pensar, digamos assim, o processo do sujeito...de forma mais próxima que eu acredito que seja para trabalhar. Tentando dizer de outras formas mais ou menos assim...digamos que com a ACP eu aprendi a ser.... um terapeuta que não tem tanto medo de se envolver com os processos das pessoas...do território em que eu trabalho e com as pessoas com que eu trabalho e inclusive...o estar próximo...o estar envolvido...sem misturar muito as coisas, mas o estar implicado nos processos faz toda diferença terapêutica tanto no ponto de vista individual*  
(Profissional 08)

Percebe-se que há uma dimensão contributiva do campo da clínica para o trabalho desse profissional, pois as expressões que demarcam essas contribuições e que estão associadas ao fazer clínico ou das psicoterapias tais como “o olhar e a escuta”, ou ainda “o encontro com o outro”, aspecto este também reconhecido como um fundamento advindo da clínica e ainda as expressões “instrumentalização e envolvimento”.

Reconhecem-se nessas expressões apresentadas pelos profissionais o fundamento da prática psicoterápica, nesse sentido, é interessante resgatar alguns aspectos apresentados na presente dissertação.

No marco-teórico realizamos uma apreciação panorâmica do campo das psicoterapias, atentando para os principais questionamentos que envolvem essa prática que, a título de contextualização citamos novamente: o especialismo, a ênfase na interioridade psíquica e ainda da problemática de oferta dos serviços *psi* para as classes trabalhadoras e observamos que muitos destes aspectos foram encontrados nas diversas falas dos entrevistados durante a análise e discussão (Temas A e B). A questão que parece emergir a partir das falas dos profissionais é que esse mesmo conjunto de saberes que ora são vistos como inadequados para a prática profissional parecem quase que simultaneamente conter um arcabouço epistêmico, ético e prático que é fundamental para o trabalho na ESF, entendendo este nível de atenção como porta de entrada dos usuários do SUS. Compreendemos que esses conjuntos de saberes se aproximam do que dentro da saúde coletiva se tematiza como cuidado.

A categoria do cuidado tem sido amplamente discutida no campo da saúde coletiva e surge entre outros aspectos, com a necessidade de refletir sobre as práticas de saúde, dos modelos assistenciais deste campo, trazendo consigo algumas propostas de

reconstrução das práticas em saúde onde temos como exemplo a humanização em saúde (DESLANDES, 2004 *apud* AYRES, p.18, 2004).

Ayres (2009) no que diz respeito ao caráter interventivo em saúde evidencia que se faz necessário que haja um enriquecimento das concepções de intervenções, apontando como limitadas as noções de “curar, tratar e controlar.” (p.35). De acordo com o autor é necessário falarmos de um horizonte prático e para tanto técnico, mas que leve em consideração as dimensões éticas e afetivas.

Leonardo Boff (1999) diz que o cuidado é mais do que uma atitude, devendo ser compreendido na linha da essência humana. Inspirado em Heidegger nos diz que o cuidado é “o fenômeno que possibilita a existência humana enquanto humana.” (p.34). Isso significa dizer que o homem é um ser de cuidado e que em tudo que projeta e faz carrega consigo a característica do cuidado, nos permitindo dizer que todas as intervenções realizadas no campo da saúde consistem em intervenções de cuidado com o outro, seja na aplicação de uma vacina no Centro de Saúde da Família (CSF), passando pelo usuário que busca informações sobre seus exames em um hospital.

A dimensão do cuidado se dá quando nos preocupamos com o outro que se coloca diante de nós, de modo que o cuidar vai mais além do uso de técnicas ou de competências para execução de práticas de saúde.

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. (AYRES, R. p. 37, 2011)

No sentido apontado por Ayres (2011) é que percebemos a correlação existente entre as narrativas apresentadas, entendendo que a “escuta” ou a noção de “encontro com outro” consistem em modos de disponibilização do profissional para estar ao lado do usuário. Acompanhemos uma narrativa da entrevista que é bastante significativo para o que estamos discutindo:

*[...] Eu tava em um grupo de idosos, na abertura da semana do idoso com a farmacêutica e aí eu fiz uma atividade de dança com eles...a gente dançou algumas músicas do Gonzaga...fórró e tudo mais...falamos sobre vida, sobre a alegria de viver, sobre a nova terceira idade. E aí quando terminou o grupo, tava arrumando as coisas aí veio uma senhora: “Eu preciso muito conversar contigo” E aí eu tava juntando o computador e a farmacêutica estava do meu lado e ela olhou para o canto e disse: “mas é só contigo”. Com isso ela me puxou pro que é meu.  
(Profissional 02)*

A dimensão da escuta e da relação profissional-usuário deve estar presente em todas as categorias que atuam na produção de cuidado. Mehry (2009) também tratando do tema do cuidado aponta que a chamada crise tecno-assistencial no campo da saúde não é de natureza tecnológica, tendo como principal componente a dimensão cuidadora.

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados. (MEHRY, E. p.3, 1998)

A partir das palavras de Elias Mehry é possível observar cotidianamente situações em que o usuário sente-se descuidado por parte dos serviços de saúde se assemelhando, portanto, com o que o autor nos apresenta. Desse modo é que se toma como análise a fala da profissional 02 tendo conhecimento de que muitas vezes a presença do psicólogo pode inclusive propiciar uma desresponsabilização para com a dimensão da escuta do usuário por parte dos outros profissionais.

Por outro lado percebemos que as narrativas estão direcionadas a uma dimensão a qual os psicólogos são treinados intensamente durante a graduação e, na maioria das vezes, também após a conclusão do curso. A dimensão a que nos referimos consiste na escuta, na atenção, na disponibilidade para estar com outro (o usuário, o cliente ou paciente) como “ferramenta” de trabalho. Percebemos que tais ferramentas também são legitimadas pelos usuários da APS, na medida em que a usuária opta pela conversa apenas com a psicóloga parecendo indicar, de algum modo, que esta profissional possui requisitos suficientes para ouvi-la e compreendê-la. Esses requisitos, a nosso ver, consistem na pedra fundamental do psicólogo e que advém da clínica ou das psicoterapias. Ao mesmo tempo em que é possível observar o reconhecimento desses requisitos pela própria entrevistada, na medida em que nos fala que a usuária “puxou para o que é dela”. Dito isso, nos perguntamos quais são os aspectos confirmadores de que os requisitos envolvidos na relação de cuidado com o outro advém do conjunto das psicoterapias?

Figueiredo (2008) ao justificar uma espécie de “prestígio” que o campo da clínica possui frente aos outros campos de atuação da psicologia nos apresenta alguns caminhos, afirmando que este prestígio se deve ao fato da clínica ser historicamente constituída como campo apto para responder a dimensão da escuta, em contrapartida, os outros campos de atuação da psicologia (escolar e organizacional, por exemplo) se

construíram inicialmente como disciplinas e quando se desenvolveram na dimensão que o autor também chama de escuta, acabaram por se “clinicizar”. Vejamos outra narrativa das entrevistas que contribui para este debate.

*[...] O que eu vejo que mais é.. a clínica contribui e a minha formação é clínica...é a qualidade da forma como eu escuto aquela pessoa...a escuta que eu tenho por ter passado na clínica, por ter experimentado, por ter supervisão, por ter grupo de estudo me traz nuances que uma escuta padronizada não traz.  
(Profissional 09)*

A narrativa acima é reveladora do que apresentamos anteriormente, pois há uma clara significação que sua trajetória acadêmica esteja alicerçada na clínica, inclusive, exercendo uma diferenciação de uma escuta que se dá com a clínica e de uma escuta denominada por ele como padronizada. Esta trajetória descrita pelo profissional acima envolve processos formativos de ordem teórico-práticos, ou seja, cursos, formações, supervisões, mas não se encerram nessas dimensões. Há outra dimensão envolvida na formação desse profissional, que também pode ser reconhecido por “psicoterapeuta”, que envolve uma preocupação de si mesmo. No contexto das psicoterapias geralmente é recomendado ao terapeuta, que na condição de ouvir e acompanhar os processos de vida das pessoas, também vivencie este mesmo processo. Que significações tem essa recomendação? Parte-se do princípio de que a dimensão do cuidado envolve antes de tudo uma relação e que os dois sujeitos dessa relação:

O(s) sujeitos(s) profissional de saúde e o (s) sujeito (s) pessoa (s) alvo das ações de saúde se constituem um diante do outro, naturalmente que um processo de objetivação e “objetificação” está colocado. Há uma técnica que justifica e estabelece a presença de um diante do outro. Mas se tudo o que dizíamos acima for verdadeiro então essa presença para que justifique a mesma utilidade desta técnica particular, cobrará elementos que vão exigir dela muito mais que a produção e a manipulação de objetos.  
(AYRES, p.35, 2011)

Conforme sabemos a psicoterapia consiste em um tipo de relação (terapeuta-cliente), podendo dizer que é importante para esse terapeuta que, ora escuta, que acolhe as dores e os sofrimentos do sujeito em terapia, que também se coloque nesse lugar. Com relação ao que estamos discutindo Contardo Caligaris (2008) nos diz que

*[...] uma peça chave da formação de um psicoterapeuta é o tratamento ao qual ele mesmo se submete. E essa cura não pode ser uma demonstração pedagógica abstrata, não pode ser limitada a um fazer de conta durante o qual se transmitiria uma técnica. Ao contrário, o futuro terapeuta se depare com a complexidade de suas motivações, sintomas e fantasias conscientes e inconscientes. Pois, para o terapeuta, não há melhor introdução à variedade do sofrimento humano do que a descoberta de que, em algum canto de seus pensamentos, ele pode encontrar palavras, lembranças, razões, visões,*

pensamentos parecidos com aqueles que afetam, agitam ou mesmo enlouquecem seus pacientes (CALIGARIS, C. p.57, 2008).

Caligaris reforça, portanto, que a recomendação do campo das psicoterapias de que este profissional passe pelo processo de cuidado que visa conduzir indica de algum modo uma ética na relação. Nesse sentido que a pergunta que em tom provocativo será feita é “será que o cuidado prestado pelos profissionais da ESF seria o mesmo caso fossem submetidos a este mesmo cuidado?” O questionamento acima é provocativo, pois a dimensão assistencial no contexto da APS é construída de diversos outros procedimentos e tecnologias, conforme apontado por Ayres (2011) não sendo apenas a relação profissional-usuário constituinte do cuidado em saúde. Ainda assim, as narrativas apontadas pelos entrevistados parecem indicar que o constructo contido nas psicoterapias pode contribuir na potencialização de estratégias de cuidado, que os usuários, muitas vezes, reconhecem essa dimensão cuidadora do psicólogo, não podendo, portanto, ser descartada do leque de ferramentas desse profissional.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos algumas perspectivas acerca da problemática relacionada às práticas psicoterápicas nos cenários de Fortaleza e de Sobral que indicam, mais do que algo conclusivo ou mesmo encerrado em si mesmo, que tal problemática trabalhada parece suscitar diversas interpretações e posicionamentos, não nos permitindo deflagrar conclusões definitivas.

De modo que as questões que ainda no início do trabalho afirmei que “me perseguiram”, ou seja, da relação entre a prática psicoterápica advinda das abordagens *psi* e a relação com trabalho da ESF, ao trazermos a tona a partir da estruturação dessa pesquisa, percebi que também afetavam aqueles que dela participaram. Deparamo-nos com posicionamentos plurais que iam desde a total impossibilidade com as psicoterapias, a compreensões de que esse diálogo era fundamental para a atuação desse profissional.

O primeiro capítulo de nossa discussão sinaliza tal afirmação, na medida em que as narrativas demonstraram as dificuldades de adequação dos aportes psicoterápicos clássicos no cotidiano de trabalho dos profissionais, revelando assim o que se discutiu extensamente nesse trabalho, acerca da inadequação de tais aportes, para algumas práticas desse profissional na ESF, permitindo-nos evidenciar que o trabalho desse profissional não pode consistir em apenas transposição das “teorias e técnicas psicoterápicas” aprendidas na graduação, representando em certa medida um fechamento desse profissional para as demais demandas da APS.

Com relação às demandas por psicoterapias por parte da população percebeu-se a partir do universo das narrativas um descontentamento de alguns profissionais com esta demanda que surge em muitas ocasiões por conta da representação do psicólogo e, em alguns casos, e por não compreender que tal aporte será resolutivo para os usuários, revelando um distanciamento dos profissionais do que denominamos por psicologismo. Outro fato que justifica a não adoção destes aportes está relacionado ao *setting* terapêutico, já que as narrativas apontaram que os espaços em que geralmente realizam atendimentos psicoterápicos são voltados para o exercício da prática médica ou da enfermagem. Entretanto a questão da organização da demanda parece não resolvida conforme apontado pelos profissionais, uma vez que na tentativa de dar conta das demandas psicoterápicas percebeu-se um movimento de constante busca pelos serviços-escolas, serviço de psicologia aplicada e clínicas particulares. Tal

cenário de encaminhamento para esses espaços e, por consequência, distanciamento das demandas psicoterápicas nos permitiu refletir sobre como alguns dos profissionais entrevistados tem lidado com as demandas citadas, além de questionar uma atuação o que se dá no contexto da ESF e que não possa acolher as demandas leves ou moderadas. Um fator adicional a ser refletido consiste em uma melhor organização entre APS e serviços-escola, sendo recorrente em vários momentos das narrativas que indicavam as grandes filas de espera dos espaços de aprendizagem do fazer psicoterápico.

O segundo capítulo se refere às possíveis formatações que os modelos psicoterápicos têm recebido quando utilizados por esse profissional, de modo que o contato com as narrativas nos levou a interpretar um aspecto bastante polêmico para alguns “nichos” da psicologia que corresponde ao que denominamos de *hibridismo*. A polêmica se dá, em certa medida, pela própria insegurança de alguns profissionais ao afirmarem que, em seu contexto de trabalho, se permitem a lançar mão de técnicas ou mesmo atitudes que não necessariamente constam em seus conjuntos psicoterápicos de origem. Sobre isso percebemos justificativas que se direcionavam em uma perspectiva de “ecletismo” conforme apontado por Figueiredo (2008), por outro lado, alguns relatos questionam o dogmatismo ou o especialismo cunhado por Coimbra (2003) existente em algumas escolas psicoterápicas ou psicológicas. Ainda que de maneira bastante sutil esta parte do trabalho também aponta para a dimensão da formação quando apresenta a ausência de abordagens que preparem melhor esse profissional para o trabalho na ESF, tendo como principal exemplo o estudo das abordagens familiares. O outro ponto analisado e discutido se refere a formatos psicoterápicos que surgem a partir do contato com outros profissionais ou mesmo da inserção desse profissional no campo da ESF, representando em determinado nível que essas atuações representam processos de inovação e criação advindos da prática desses profissionais.

Por fim, apresentamos impressões que reivindicavam a prática psicoterápica no contexto da atuação na ESF, demarcando ainda a importante função que esta tinha na produção de cuidado. Ainda neste ponto encontramos falas que, mesmo na produção do cuidado, o referencial das psicoterapias não se adequava, em virtude, no dizer destes, do *setting* terapêutico requerido. Contraditoriamente nos deparamos com narrativas que indicavam uma certeza acerca da importância da psicoterapia para a produção de cuidado. Aspecto como a “escuta”, o “olhar” eram expressões que evidenciavam a importância dos aportes psicoterápicos, sendo reconhecidos pelos usuários como um potencial aspecto da categoria dos psicólogos. Outro fator interessante foi o que se

refere aos aportes advindos da prática clínica que funcionavam como aspectos diferenciadores da categoria do psicólogo frente as demais categorias, em específico, os profissionais do Serviço Social. Não menos importante, observamos um reconhecimento de parte dos entrevistados das atitudes e intervenções clínicas como adequadas ao cuidado com o usuário da ESF.

Talvez a grande contribuição deste trabalho seja o de provocar esse debate no contexto do Estado do Ceará, na medida em que é possível afirmar que temos simultaneamente um histórico dentro da psicologia desse Estado em ser referência na produção de conhecimento e de práticas tanto no campo das psicoterapias, quanto no campo da atuação da psicologia no contexto da APS. Nesse sentido penso que o presente trabalho pode contribuir fortemente para pensarmos a relação entre psicoterapia e APS no âmbito formativo.

Tal cenário faz com que a pesquisa tenha relativa relevância, mas que também se reconheça a limitação dela, pela própria quantidade de cenários envolvidos nesse debate, este aspecto a nosso ver corresponde a não possibilidade de abrangência de outros cenários em uma pesquisa de mestrado. Sugere-se a realização de pesquisas que ampliem o número de participantes e que busquem compreender como os outros profissionais e os usuários avaliam o trabalho psicoterápico do profissional de psicologia atuante na APS.

A perspectiva demarcada em nosso marco teórico-conceitual, isto é, a trajetória das abordagens psicoterápicas que outrora se consistiam como vanguarda das psicologias, contribuindo fortemente para o desenvolvimento desta ciência, mas que parecem ter assumido uma postura de cristalização de suas bases epistemológicas, de visão de mundo, de visão de homem e metodologicamente conforme constatamos a partir das narrativas. Paralelo a estas matrizes psicológicas, assiste-se ao surgimento de outras propostas que tanto buscam conceber outras epistemologias, visão de mundo e de homem, além de realizarem uma crítica às psicoterapias que se fundamentam no formato diádico. Este trabalho, em última instância, evidencia a própria forma dispersiva da psicologia conforme pontua Figueiredo (2007) que, em seu interior, é repleta de conflitos entre suas correntes e/ou escolas psicológicas.

Devemos reconhecer que as diferentes modalidades de teorização e prática da psicologia correspondem a diferentes formas de relações que os sujeitos instauram entre si no contexto da vida em sociedade. Nesta medida, não é a complexidade da “natureza humana” que poderíamos atribuir a multiplicidade dos enfoques, mas à complexidade e contraditoriedade das formas de relação social. O que se precisa reconhecer é que cada uma destas

formas exige uma determinada maneira de ser elucidada, ou seja, um conhecimento rigoroso, mas pertinente ao tipo de relação social que ela reflete e legítima. (FIGUEIREDO, p.205, 2007).

Munido da citação do autor e visualizando o campo *psi*, que se a dispersão ou mesmo pluralidade de discursos acerca da problemática das psicoterapias já se dá no próprio interior da psicologia, quiçá no campo de práticas tal qual o da APS, uma vez que se reconhece a existência de diversos componentes políticos e ideológicos, bem como a busca por espaço profissional e, de modo mais aprofundado, tentativas de demarcações da prática *psi* que a composição “Uns” de Caetano Veloso trazida por nós no início dessa dissertação, disposta em nossa epígrafe talvez expresse perfeitamente a configuração que tem a psicologia, melhor dizendo, os psicólogos e suas abordagens *psi* quando imersos no terreno da ESF nos cenários apresentados.

Longe de querer circunscrever em uma totalidade a prática da psicologia, acreditamos no necessário contínuo debate desta problemática que se insere no que denominamos de a prática do profissional psicólogo no SUS. Em específico pensamos ser necessária a reflexão da incursão das psicoterapias ou da clínica psicológica neste contexto, aprimorando nos fluxos de atendimentos do psicólogo da ESF e contribuindo para uma melhor organização dos serviços de saúde na APS que integram este profissional. Outro chamamento diz respeito aos processos que se dão no âmbito formativo, afinal, é nesse contexto em que as escolas psicológicas/psicoterápicas possuem sua fortaleza e que de lá saem os psicólogos.

## 7. REFERÊNCIAS

ACHCAR, R. **Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. SP. Casa do Psicólogo. 1994.

AGUIAR, F. Método Clínico: Método Clínico? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 14(3): 609-616. 2001.

ALBUQUERQUE, A.B; BOSI. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública** 25.5 1103-12. 2009.

AMARAL, A. V et al . Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 62, n. 136, jun. 2012.

ANDRADE, JF; SIMON, CP. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. **Paideia**, 19 (43):167-175, maio-ago, 2009.

ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. *In*: CAMPOS et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ANDRADE, L. O. M. et al. O SUS e a Terapia Comunitária. **Fortaleza: Ministério da Saúde**, 2008.

ARAÚJO, E; GALIMBERTTI, P. A Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

AYRES, J. R. de C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Clássicos para Integralidade em Saúde. RJ. CEPECS: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009.

BAREMBLITT, G ET. AL. A Clínica como ela é. **Coleção SaúdeLoucura** n.5. São Paulo. 2ª ed. Ed. Hucitec. 1996.

BAUER, M.W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para coleta de dados qualitativos. *In*: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005. **Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde**. 2005. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>>. Acesso em: 03 de dez de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de abril de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Projeto da Terapia Comunitária na Atenção Básica**. 2011b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/terapia\\_comunitaria](http://dab.saude.gov.br/terapia_comunitaria)> Acesso em: 09 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, DF, 2009a. (Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 27, série B).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão em Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiência, avanços e desafios**. Brasília, 2006b.

BENEVIDES, R. Clínica e Social: polaridades que se opõem/complementam ou falsa dicotomia? In. RAUTER, C; PASSOS, & BENEVIDES, R. (Org.), **Clínica e Política: subjetividade e violação dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Te Cora. 2002.

\_\_\_\_\_. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicologia e Sociedade** 17(2) 21-25.2005.

BERLINCK, L. **Andarilhos do Bem: Os caminhos do Acompanhamento Terapêutico**. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da USP. 2011.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano - compaixão pela terra**. Petropolis, RJ. 1999.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo, Ed. UNESP, 2004.

BORSA, J. C., & BANDEIRA, D. R. (2011). Uso de instrumentos psicológicos de avaliação do comportamento agressivo infantil: Análise da produção científica Brasileira. **Avaliação Psicológica**, 10(2), 193-203.

BOSI, M. L.M; MERCADO, F.J (org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petropolis. Vozes, 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Caracterização de Equipes de Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza**. Disponível <<http://www2.datasus.gov.br>>. 2014.

\_\_\_\_\_. **Caracterização de Equipes de Estratégia de Saúde da Família de Sobral**. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br>>. 2014

CALIGARIS, C. **Contardo Caligaris: carta a um jovem terapeuta**. RJ. Elsevier. 2008.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, 2000.

CAMPOS, G.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde;. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

\_\_\_\_\_. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.12, 1865-1974. 2007.

CAMARGO-BORGES, C; CARDOSO, C.L. A Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 26-32; mai/ago, 2005.

CAMPOS, O. R. A promoção da saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. *In*: CASTRO, AM e MALO, M. **SUS: resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006, p.62-74.

\_\_\_\_\_. CAMPOS, O. R. **Psicanálise & saúde coletiva: interfaces**. São Paulo. 2ª ed. Ed. Hucitec. 2009.

CARVALHO, C. V.; SILVA, L. C. Atuação de psicólogos na Saúde Pública: dificuldades e possibilidades de trabalhos com grupos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 10, n. 2-4,1990.

CARVALHO, Y.M. & CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados na saúde coletiva. *In*: CAMPOS et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CARVALHO, M.M. História da Medicina. **Revista de História**.v.(4) n.1. 2002

CARVALHO, B, L; BOSI, L, M; FREIRE, C. J. A prática do psicólogo em Saúde Coletiva: Um Estudo do Município de Fortaleza (CE), Brasil. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (1), p.60-73, 2009.

CHARTIER, R. (Org). **História da Vida Privada 3: da Renascença ao Século das Luzes**. São Paulo. Companhia das Letras, 2009.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**. 16 (2), p.221-236. 2003.

COIMBRA, C. **Guardiães da Ordem: uma Viagem Pelas Práticas Psi no Brasil Milagre**. RJ. Oficina do autor. 1995.

\_\_\_\_\_. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. **Psicologia e Sociedade**, 15(2), 6-17. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O ano da psicoterapia: textos geradores**. 1ª Ed. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Jornal do Federal – 50 anos da profissão no Brasil**. Ano XXIII. Nº 104. Jan/Ago. 2012.

CORDIOLI, A.V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA, L; BRANDAO, S. Abordagem clínica no contexto comunitário. **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 33-41; mai/ago.2005

COSTA, DF; OLIVIO, VM. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1385-1394, 2009

COSTA, J. F. **Psicanálise e Contexto Cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias**. RJ. Ed Campus, 1989.

CUNHA, GT. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 196p. 2004.

DESLANDES, F.S. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 13 (1):103-107. RJ. 1997.

DESLAURIERS, P-J. KÉRIST, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. *In*: POUPART, J. ET AL. **A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista. **Estudos de Psicologia**, 5(1): 95-121, 2000.

\_\_\_\_\_. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 6( 2):57-63, jul./dez. 2001

\_\_\_\_\_. Apoio matricial nas Unidades de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. 18(1):63-74, 2009.

DORON, R; PAROT, F (ORGS). **Dicionário de Psicologia**. Ed. Ática. SP. 1998.

DUARTE, L.F. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. RJ. Ed. Jorge Zahar/CNPq. 1986.

DUARTE, LF; ROPA, D. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. *In*: FIGUEIRA, S. (Orgs) **Cultura da Psicanálise**. SP. Ed Brasiliense, 1985.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, 9(2):381-387, 2004.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, Políticas públicas e o SUS**. SP. Editora Escuta, 2011.

\_\_\_\_\_. **A Formação do psicólogo brasileiro: clínica, social e mercado**. SP. Editora Escuta, 2004.

FRANCO, T.; MERHY, E. A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FIGUEIREDO, L. C. **Revisitando as Psicologias: da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos**. RJ/Petrópolis: EDUC/Vozes, 2007.



\_\_\_\_\_. **Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência.** SP. Educ. Série Trilhos, 2008.

\_\_\_\_\_. **As Matrizes do Pensamento Psicológico.** RJ/Petropolis. Ed. Vozes, 2007.

FIGUEIRA, S. (Orgs) **Cultura da Psicanálise.** SP. Ed Brasiliense. 1985.

\_\_\_\_\_. **Efeito psi: a influência da psicanálise.** RJ. Ed. Campus. 1988.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios.** Belo Horizonte/Campinas, março 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm/>>. Acesso em: 7 de julho de 2014.

FREUD, S. Dois verbetes de enciclopédia. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. 18, pp. 285-312). Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 7ªed. 2010.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da biopolítica - curso no Collège de France (1978 – 1979).** São Paulo: Martins Fontes: 2008.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da Sociedade – curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FORTES, L. Clínica da saúde e biopolítica. In: JUNIOR, D.M.A; VEIGA-NETO, A; FILHO, A. S. (Org.). **Cartografias de Foucault.** Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2008.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GÓIS, C. **Psicologia comunitária – Atividade e Consciência.** IPF. Fortaleza/CE. 2005.

\_\_\_\_\_. **Psicologia Clínico-Comunitária.** Fortaleza. Banco do Nordeste. 2012

GRODIN, J. **Hermenêutica.** Parábola Editorial. 2012.

HOLANDA FERREIRA, A. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa Aurélio Buarque de Holanda.** RJ. Ed. Nova Fronteira, 2010.

HOLANDA, A.F. **O campo das psicoterapias: reflexões atuais.** Ed. Juruá, 2012.

\_\_\_\_\_. **Fenomenologia e Humanismo: reflexões necessárias.** Ed. Juruá, 2014.

INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010**. Características gerais da população. 2010.

JUCÁ, V. J; NUNES, M.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KEVIN SPINK, Peter. O Pesquisador Conversador no Cotidiano. **Psicologia & Sociedade**. Edição Especial; 20, 70-77, 2008.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo. Hucitec. 2008.

LAWN, C. **Comprender Gadamer**. RJ. Ed. Vozes. 2007.

LIMA, M; NUNES, M. Práticas Psicológicas e Dimensões de Significação dos Problemas de Saúde Mental. **Psicologia Ciência e Profissão**.26 (2) p.294-311, 2006.

LO BIANCO, A; BASTOS, NUNES, M; SILVA, R. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, R. **Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. SP. Casa do Psicólogo. 1994.

MACHADO, R. **Ciência e Saber – A Trajetória da Arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

MAHFOUD, M. **Plantão psicológico: novos horizontes**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1999.

MARCONI, M. & LAKATOS, E. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTÍN-BARÓ, I. **Psicología de la Liberación**. Madrid: Editorial Trotta, 1998.

MERHY, Emerson Elias. Como fatiar um usuário: ATOmédico+ ATOenfermagem+ ATOx+....+ ATOy. **Conselhos regionais de saúde MG**, 2003.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**, 1998.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Coleção Criança Mulher e Saúde. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2002.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. (17ª Ed.). Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, J.O; ROMAGNOLI, C.R; NEVES, O.E. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**. 27 (4), p.608-621. 2007.

NEUBERN, M. Três Obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. **Psicologia: reflexão e crítica**. 14 (1), p.241-252. 2000.

OLIVEIRA, S. R; PICCININI, V. C. Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, Mar. 2009

OLIVEIRA, C. R. **Nem tudo o que parece é: sobre a demanda psicoterápica no ambulatório público**. UFRJ/ISC - Dissertação de Mestrado, 101p. 1999.

OLIVEIRA, F. I. Os desafios e limites para a atuação do psicólogo no Suas. *In*: CRUZ, R.L; GUARESCHI, N (Orgs). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes, 2012.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. RJ. Ed. Fiocruz. Coleção Temas em Saúde. 2009.

PAULON, S. **Clínica Ampliada: que(m) demanda ampliações?** *In*: FONSECA, G.T.; ENGELMAN (Orgs). **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre, Ed. UFRGS, 2004.

PENNA, A. **Repensando a Psicologia**. RJ. Ed Imago. 1997

PRISZKULNIK, L. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. **Psicologia**. USP, 11(1):11-28, 2000.

REIS, J. R. T. Psicoterapia na rede pública de saúde. **Temas em Psicologia**, 2(2), 177-188, 1994.

RICOEUR, P. **Do Texto à Acção: ensaio de hermenêutica II**. Porto: Rés-Editora, 1989.

RIBEIRO, P. J. LEAL, P. I. **Psicologia clínica da saúde. Análise psicológica nº4 (XIV): p.589-599**.1996.

RODRIGUES, A. C. T. . Karl Jaspers e a Abordagem Fenomenológica em Psicopatologia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** (Impresso), São Paulo - Brasil, v. VIII, n.4, p. 754-768, 2005

SÁ, R.N. Psicoterapia, cientificidade e interdisciplinaridade: a propósito de uma discussão sobre a suposta necessidade de uma regulamentação das práticas psicológicas clínicas. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O ano da psicoterapia: textos geradores**. 1ª Ed. 2009.

SANTOS, R. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como componente de cuidado em saúde mental: perspectivas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

SCHULTZ, P.D; SCHULTZ, E.S. **História da Psicologia Moderna**. SP. Thomson Learning, 2007.

SOARES, A. **A psicologia no Brasil. Psicologia: Ciência e Profissão** - 30 (núm. esp.), p. 8-41, 2010.

SOMBINI, C.H.A.M. **A psicologia no projeto paidéia, do consultório ao território? Os psicólogos e a política de saúde mental da SMS-Campinas.** Dissertação de Mestrado. Campinas, SP. 2004.

SOUZA, C.C. **A clínica que se vive: reflexões sobre a prática da psicologia clínica na contemporaneidade.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN. Natal, 2007. 97p.

SOUZA, F. R. **Processo de construção dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica do Estado do Ceará.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013.

SPINK, M.J.P. (ORGS). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

\_\_\_\_\_. **Psicologia social e saúde.** 8.ed. Petropolis: Vozes, 2011.

SODRÉ, F. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

SUNDFELD, C.A. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, RJ. 20 [4]: 1079-1097. 2010.

TASSINARI, M; CORDEIRO, P. DURANGE, W. (Orgs). **Revisitando o plantão psicológico centrado na pessoa.** 1ª Ed, Curitiba. CRV. 2013.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. A Interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.

TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

THIOLLENT, Michel. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.** São Paulo, Editora Polis, 1980

TURATO, R.E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo. 39(3):507-14. 2005.

VAN DER LEEW, G. A Religião em sua essência e suas manifestações: Fenomenologia da Religião, 1933. Epílogo. **Revista de Abordagem Gestáltica**, n.15 (2), 179-183. 2009.

VELOSO, C. Uns. Interprete: Caetano Veloso. *In:* VELOSO, C. **Uns.** Philips, 1983. 1 CD (60 min). Disco 1, faixa 1( 2 min e 35 segundos.)

VICTOR, M. R & AGUIAR, F. A clínica psicanalítica na saúde pública: desafios e possibilidades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 31 (1), p.40.49, 2011.

VIEIRA, E. M. ; DOS ANJOS, K. P. L. Tornar-se plantonista: o fluxo das atitudes facilitadoras a partir de experiências de plantonistas iniciantes. *In*: Márcia Alves Tassinari; Ana Paula da Silveira Cordeiro; Wagner Teixeira Durange. (Org.). **Revisitando o plantão psicológico centrado na pessoa**. 1ed. Curitiba: CRV p. 101-124.2013

YAMAMOTO, Oswaldo H. A Questão Social e Políticas Públicas: revendo o compromisso da Psicologia. *In*: BOCK, Ana. (org). **Psicologia e Compromisso Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. *In*: CAMPOS et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

XIMENES, V; COLARES, L; BARROS, J. Psicologia Comunitária e Política de Assistência Social: Diálogos Sobre Atuações em Comunidades. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (4), 686-699, 2009.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Pesquisa:** A prática psicoterápica da psicologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Eu, Alex Viana de Brito, pesquisador do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, estou convidando você a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

**OBJETIVO DA PESQUISA:** Compreender as técnicas psicoterápicas e os modelos clínicos realizados pelos psicólogos que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

**PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS:** -- Entrevista individual – onde o participante, de forma individual, responderá sobre questões relacionadas à pesquisa.

**RISCOS E BENEFÍCIOS:** A pesquisa a ser realizada não implicará em risco ao grupo estudado, pois utilizará grupo focal e entrevistas como técnica de coleta de dados e este instrumento não oferece riscos aos participantes. Além de ser garantido que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua identidade, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e garantimos o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para esta pesquisa. Este estudo trará benefícios à população estudada, pois poderá servir como instrumento para o aperfeiçoamento da atuação do psicólogo no campo das políticas públicas de saúde servirá também como fonte de dados para outros estudos. Destacamos que o participante não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

**OUTROS ESCLARECIMENTOS:** Esclareço que será garantido à pessoa pesquisada:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas; 2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe ofereça nenhum prejuízo; 3. A garantia de que a divulgação das informações fornecidas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto; 4. Nenhum momento haverá prejuízo financeiro.

Em caso de esclarecimento entrar em contato com os pesquisadores responsáveis:

**Nomes:** Alex Viana de Brito (Pesquisador) ou Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Orientador)

**Endereço:** Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária. Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar, Rodolfo Teófilo. Fortaleza, CE.

**Telefone:** (85) 3366-8045

**Comitê de ética:** Coética- Comitê de Ética da Universidade de Federal do Ceará. **Endereço:** Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE. **Telefone:** (85) 3366-8344

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este TCLE e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada do termo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Assinatura do voluntário:

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador – Alex Viana de Brito: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO COM  
PSICÓLOGOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.**

**A) DADOS PESSOAIS**

1. Formação e trajetória acadêmica.
2. Tempo de atuação na ESF?

**B) PERGUNTA DEFLAGRADORA DA PESQUISA**

3. **“Como você percebe a relação entre a sua prática na ESF e o instrumental das psicoterapias?”**

**QUESTÕES A SEREM APONTADAS A PARTIR DA PERGUNTA  
DEFLAGRADORA:**

4. Que relações há entre a sua prática na ESF e os conceitos, métodos e o instrumental existente nas diversas abordagens psicológicas?
5. Quais as dificuldades e facilidades encontradas por você no desenvolvimento do seu trabalho?
6. Em sua opinião, que aspectos (características e formato) uma abordagem psicológica deve conter para dialogar com as práticas da ESF?
7. Como a sua prática psicoterápica dialoga com as ações da ESF? (Matriciamento, Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular)?
8. Como você observa um profissional da psicologia que atua apenas a partir de sua abordagem psicológica?

## ANEXOS

### ANEXO A – Declaração de Anuência da Comissão Científica da Secretaria de Saúde do Município de Sobral.



PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA

#### DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE Nº 007/2014

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de pesquisa classificado como Dissertação de Mestrado intitulada – A PRÁTICA PSICOTERÁPICA REALIZADA PELOS PSICOLOGOS INSERIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DOS MODELOS E FORMATOS desenvolvido pelo mestrando Alex Viana Brito, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFC – Departamento de Saúde Comunitária, sob orientação do Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização do estudo com os psicólogos que atuam nos NASF e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral- CE (RMSF), mediante pactuação prévia entre o pesquisador e os coordenadores dos serviços aos quais os profissionais/sujeitos do estudo estão vinculados, visando acordar disponibilização do espaço e escolha dos melhores dias e horários para realização das entrevistas e grupo focal.

Ressaltamos que esta autorização e acordos com as coordenações do NASF e da RMSF NÃO desobriga o pesquisador de solicitar anuência aos sujeitos do estudo, no caso psicólogos, devendo estes serem convidados a participarem da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização da participação através da assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 12 de fevereiro de 2014

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Coordenação da Comissão Científica

COMISSÃO CIENTÍFICA  
Escola de Formação em Saúde  
da Família Visconde de Sabóia  
SECRETARIA DA SAÚDE



**ANEXO B - Declaração de Anuência da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza.**



PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Processo Nº.P077038/2014

Título do projeto de pesquisa: **PRÁTICA PSICOTERÁPICA REALIZADA PELOS PSICÓLOGOS INSERIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF):UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DOS MODELOS E FORMATOS.**

Pesquisadores (as): responsáveis: **Alex Viana de Brito**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar

Fortaleza, 03 de abril de 2014.

*Maria Ivanília Tavares Timbó*  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SMS.

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil  
85 3105 1473 / 3105 1471

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Qual o Lugar das Psicoterapias na Atenção Primária a Saúde? Considerações Iniciais.

**Pesquisador:** Alex Viana de Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12945214.0.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Comunitária

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 609.816

**Data da Relatoria:** 09/04/2014

#### Apresentação do Projeto:

O protocolo de estudo descreve a hipótese que os profissionais da psicologia atuantes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nos Programas de Residência Multiprofissional do Estado do Ceará têm lidado com uma espécie de contradição no seu objeto de estudo-trabalho, uma vez que, segundo os autores, na graduação, os profissionais psicólogos possuem forte formação acerca da clínica em psicoterápicos (psicanálise, análise do comportamento, gestalt-terapia, abordagem centrada na pessoa, entre outras) contudo, como a estratégia de saúde da família exige que o psicólogo atue numa perspectiva compartilhada, interdisciplinar exigindo, portanto, uma nova maneira de atuar. Desta forma este estudo tem como problema central a relação entre a prática psicoterápica do psicólogo com as ações da desenvolvidas na estratégia de Saúde da Família (ESF), para tal, os pesquisadores propõem análises construídas através de entrevista e grupo focal com os psicólogos inseridos na ESF nos Municípios de Fortaleza e Sobral.

#### Objetivo da Pesquisa:

O protocolo de estudo tem como objetivo a busca da compreensão da prática clínica (das psicoterapias) sob a ótica de psicólogos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos Municípios de Sobral e Fortaleza. Além de, descrever modelos e formatos clínicos desenvolvidos na ESF por psicólogos e estabelecer um entendimento acerca dos serviços da categoria da Psicologia e

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 609.816

sua relação à clínica com a identificação de formulações e adaptações dos referenciais das teorias e técnicas psicoterápicas no contexto da ESF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa a ser realizada não implicará em risco ao grupo estudado, pois utilizará grupo focal e entrevistas como técnica de coleta de dados e este instrumento não oferece riscos aos participantes. O protocolo de estudo faz a ponderação de riscos e benefícios assegurando o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas; Liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe ofereça nenhum prejuízo; e a garantia de que a divulgação das informações fornecidas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto e sem prejuízo financeiro.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo está de acordo com as normas metodológicas para pesquisa do tipo exploratória e pretende estabelecer uma relação entre a prática do psicólogo na ESF e o instrumental das psicoterapias, utilizando entrevista e grupo focal. Os autores declaram que irão fazer a pesquisa com os psicólogos que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nos Programas de Residência Multiprofissional do Estado do Ceará.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

o pesquisador incluiu carta comprometendo-se a enviar as autorizações dos locais onde será realizada a pesquisa após aprovação por este Comitê ; A folha de rosto está adequada; Currículo LATTES está adequado; A declaração de concordância dos pesquisadores envolvidos na pesquisa está adequada; Orçamento financeiro está adequado e o pesquisador responsável declara que assumirá as despesas do estudo. Refez Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e atualizou cronograma.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 609.816

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 09 de Abril de 2014

---

**Assinador por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br