



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CENTRO DE HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

EMYLIO CÉSAR SANTOS DA SILVA

A PSICOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

**Um estudo sobre a atuação da (o) psicóloga (o) na Atenção Primária à Saúde no
município de Fortaleza.**

Fortaleza

2012

EMYLIO CÉSAR SANTOS DA SILVA

A PSICOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Um estudo sobre a atuação da (o) psicóloga (o) na Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

FORTALEZA

2012

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

S579p

Silva, Emylio César Santos da.

A psicologia e as políticas públicas de saúde : um estudo sobre a atuação da (o) psicóloga (o) na Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza / Emylio César Santos da Silva. – 2012.
88 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Processos de mediação: trabalho, atividade e interação social.

Orientação: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

1.Psicólogos clínicos – Fortaleza(CE) – Atitudes. 2.Cuidados primários de saúde – Fortaleza(CE).
3.Serviços de saúde pública – Fortaleza(CE). 4.Sistema Único de Saúde(Brasil). 5.Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 6.Política de saúde – Brasil. I. Título.

CDD 362.1108815

EMYLIO CÉSAR SANTOS DA SILVA

A PSICOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Um estudo sobre a atuação da (o) psicóloga (o) na Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

Aprovada em: 31/08/2012

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim

Orientadora

Universidade Federal do Ceará – UFC

Professor Dr. Jesús Garcia Pascual

Universidade Federal do Ceará – UFC

Professora Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Professor Dr. Israel Rocha Brandao

Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Zulmira Bomfim pela leveza com que conduziu esta caminhada tão profícua, me mostrando a arte política de ser educador.

À minha família pelo incentivo, amor e exemplos.

Ao Daniel por muitas vezes me emprestar seus “ouvidos” durante os momentos delicados desse processo;

Aos amigos de perto e de longe, em especial Mauro Khouri, Jander, Eugênia, Guto e Juju, pelas colaborações, ombros sempre disponíveis e pelo companheirismo.

Aos professores do Mestrado pelas reflexões e conhecimentos compartilhados nas disciplinas que cursei em especial as professoras Fátima Severiano, Veriana Colaço e Luciana Lobo.

Ao professor Pascual pela reaproximação tão frutífera iniciada ainda durante a minha graduação.

À minha turma de Mestrado, “latino-americanos ou europeus”, pelo prazer da convivência com cada um de vocês durante nossa formação, em especial: Carol, Lucieudo, Áurea, Brennand, Elívia, Íris, James, Lis, Patricia, Robson e Rosa.

À professora Magda Dimenstein por nos honrar com sua participação na composição desta Banca Examinadora e por suas contribuições.

Ao colega e Professor Israel pela possibilidade do reencontro após tantos anos.

Aos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, pelo auxílio na execução da pesquisa.

Aos participantes e colegas psicólogas (os) pela disposição em cederem entrevistas.

A FUNCAP pelo apoio financeiro que possibilitou minha dedicação exclusiva ao Mestrado.

Ao Helder pela eficiência, disponibilidade e educação com que trata todos os que se dirigem a secretaria do mestrado.

Para Freire, alfabetizar-se não consiste simplesmente em aprender a escrever em papéis ou a ler a letra escrita; alfabetizar-se é sobretudo aprender a ler a realidade circundante e a escrever a própria história. O que importa não é tanto saber codificar e decodificar palavras estranhas, mas aprender a dizer a palavra da própria existência, que é pessoal mas, sobretudo, é coletiva. E, para pronunciar esta palavra pessoal e comunitária, é necessário que as pessoas assumam seu destino, que tomem as rédeas de sua vida, o que lhes exige superar sua falsa consciência e atingir um saber crítico sobre si mesmas, sobre seu mundo e sobre sua inserção nesse mundo.

(Ignácio Martin-Baró)

RESUMO

SILVA, Emylio César Santos. **A psicologia e as políticas públicas de saúde**: um estudo sobre a atuação da (o) psicóloga (o) na atenção primária à saúde no município de Fortaleza. 2012. 80f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, 2012.

O reconhecimento internacional da Atenção Primária à Saúde (APS) como fundamento para um novo modelo de atenção à saúde vem provocando mudanças no âmbito teórico-prático de diversas categorias profissionais da saúde e assistência social, dentre elas a Psicologia. No Brasil, a APS constitui-se como a principal porta de entrada do usuário aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido desenvolvida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em que pese a notável ampliação da atuação de psicólogas (os) na APS nos municípios de todas as regiões brasileiras, ainda são poucos os estudos que pretenderam abordar o tema sobre a formação e atuação profissional neste contexto. Este estudo se insere no contexto das políticas públicas da saúde e discute as práticas de formação na Psicologia, considerando as interfaces entre a saúde coletiva, formação e prática profissional de psicólogas (os) como suporte às Equipes de Saúde da Família (EqSF). A constatação de que os serviços de saúde, especificamente os Centros de Saúde da Família (CSF) se constituem em recentes locais de atuação de psicólogas (os) e que estas práticas se caracterizam como formas diferenciadas de atuação se comparadas a outros contextos justifica a relevância deste estudo. Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa. Investigou aspectos demográficos, da formação e atuação no contexto das políticas públicas da saúde. A pesquisa foi realizada em unidades de saúde com 10 psicólogas (os) com pelo menos um ano de atuação na APS. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. O tratamento de dados utilizou a análise de conteúdo de Bardin. Observou-se que as (os) psicólogas que atuam neste contexto vêm enfrentando dificuldades relacionadas ao desempenho de atividades em equipe que se apresentam por fatores que vão desde a deficiência na formação profissional para a atuação interdisciplinar dentro de um contexto multiprofissional até dificuldades por estarem lotadas em unidades de saúde que variam de duas a quatro, o que dificulta e reduz a capacidade de vinculação entre as equipes de saúde e

os territórios de cobertura das Equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Palavras-chave: Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde (SUS), Psicologia e Atenção Primária à Saúde, Psicologia e NASF.

ABSTRACT

The international recognition of the Primary Health Care (PHC) as the foundation for a new model of health care has led to changes in theory and practice of various professions of health and welfare, among them psychology. In Brazil, the PHC was established as the main entrance of the user services the Unified Health System (SUS) was developed by Family Health Strategy (FHS). Despite the remarkable expansion of the role of psychologists in the PHC in the municipalities of all Brazilian regions, there are few studies that have attempted to address the issue on the training and professional in this context. This study discusses the role of psychologists in the PHC in Fortaleza, to support the Family Health Teams (FHT). The finding that health services, specifically the Centers for Family Health (CFH) constitute recent local work of psychologists and that these practices are characterized as different forms of performance compared to other contexts justifies the relevance of this study. This is an exploratory study of qualitative nature. Investigated demographics, training and performance in the context of public health policies. The survey was conducted in health facilities with 10 psychologists with at least one year of work in the APS. For data collection we used a semi-structured interviews. Data processing used the content analysis of Bardin. We found that psychologists who work in this context are facing difficulties related to the performance of team activities that are presented by factors ranging from deficient training in an interdisciplinary within a multiprofessional context up to difficulties because they are packed in units of health range from two to four, making it difficult and reduces the ability to link between health teams and territories of coverage of Family Health Teams and the Family Health Support Teams (FHST).

Key Words: Public Politics, Brazilian Public Health System, Psychology and Primary Health Care, Psychology and FSHT.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Histórico populacional de Fortaleza	19
Quadro 2 -	Distribuição das psicólogas (os) que atuam na APS em Fortaleza	51
Quadro 3 -	Caracterização geral da amostra	55
Quadro 4-	Caracterização da amostra por participante	56
Quadro 5 -	Categorias gerais de análise	59
Quadro 6 -	Definição da Categoria “Inserção no Campo de Atuação”	60
Quadro 7 -	Motivos de Inserção no Campo de Atuação	62
Quadro 8 -	Definição da Categoria “Conhecimento prévio sobre a atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS”	63
Quadro 9 -	Conhecimento da atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS	64
Quadro 10 -	Desafios do Cotidiano de Trabalho	66
Quadro 11 -	Desconhecimento sobre o que são os NASF	67
Quadro 12 -	Distribuição das equipes NASF no território	70
Quadro 13 -	Desafios relacionados ao trabalho em equipe	72
Quadro 14 -	Atividades realizadas pelas psicólogas (os) na APS	73
Mapa 1 -	Mapa de Fortaleza dividido por Secretarias Executivas Regionais	24
Gráfico 1 -	Cobertura da ESF no município de Fortaleza	26
Gráfico 2 -	Distribuição das equipes NASF no território	70

LISTA DE LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Coordenação da Atenção Básica
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEMJA	Centro de Especialidade Médica José de Alencar
CFP	Conselho Federal de Psicologia
COMEPE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CSF	Centro de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSF	Programa Saúde da Família
Residência Multi	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SER	Secretaria Executiva Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	O CENÁRIO DA SAÚDE EM FORTALEZA	17
2.1	O município de Fortaleza – aspectos históricos	17
2.2	Aspectos gerais	22
2.3	A rede municipal de saúde em Fortaleza	24
2.4	A Estratégia Saúde da Família em Fortaleza	26
3.	ARTIGO EM PORTUGUÊS: PSICOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL	28
4.	PERCURSO METODOLÓGICO	50
4.1	Cenário da pesquisa	50
4.2	Universo da pesquisa e participantes	50
4.3	Instrumentos	51
4.4	Procedimentos	52
4.4.1	<i>Procedimentos Éticos</i>	52
4.4.2	<i>Procedimentos para a coleta de dados</i>	52
4.5	Caracterização da amostra	54
4.6	Definição das categorias de análise	58
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
5.1	Inserção no campo de atuação	60
5.2	Conhecimento prévio sobre a atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS	63
5.3	Desafios do cotidiano de trabalho	66
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
	ANEXOS	81

1. INTRODUÇÃO

O interesse em realizar esta pesquisa surge durante a minha experiência profissional mais recente, como integrante do corpo docente do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS). O SMSE, criado em dezembro de 2006 através da Portaria 160/2006, publicada no Diário Oficial do Município de Fortaleza, de 04/01/07, nasce com o intuito de fortalecer e consolidar a estratégia da Educação Permanente buscando a reorientação do modelo assistencial através da transformação de toda rede de serviços de saúde em espaços de ensino, pesquisa e assistência no município de Fortaleza.

Durante dois anos participei como Preceptor de Território de três processos formativos desenvolvidos pela SMS com a parceria do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS): a especialização em Saúde da Família, desenvolvida em larga escala para profissionais de nível superior com atuação ligada à Estratégia Saúde da Família (ESF), a Residência em Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (doravante denominada Residência Multi). A Residência Multi surgiu com o desafio de atender à demanda de qualificar um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde da população. A primeira turma da residência multiprofissional com duração de dois anos integrou 11 categorias profissionais, quais sejam, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, orientada e supervisionada por 25 preceptores.

Além disso, também atuei como Preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde). O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde direciona suas ações intersetoriais para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com seus princípios e necessidades. Tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005.

A questão motivadora originária desta pesquisa não apareceu da necessidade de se ter um objeto de estudo para a realização de uma pós-graduação pura e simplesmente. Ao

contrário, surge a partir do meu próprio cotidiano de trabalho ao longo destes dois anos. No primeiro ano atuei na especialização em Saúde da Família e na Residência Médica, o que me possibilitou ter uma compreensão global sobre a saúde coletiva como um todo. Durante a minha graduação, entre os anos de 1991 e 1996, temas relacionados ao Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), níveis de atenção à saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF) dentre outros, não faziam parte da matriz curricular dos cursos de psicologia. Neste sentido, naquele primeiro ano como preceptor de curso de especialização e residência médica foi muito mais do que de aproximação, foi de conhecimento acerca do tema, da lógica de atuação dos profissionais, o papel de cada um nas equipes e funcionamento da saúde coletiva como um todo, especialmente das políticas de humanização e a Estratégia Saúde da Família.

Num segundo momento, exclusivamente na Preceptoría de Território¹ da Residência Multi passo a integrar uma equipe multidisciplinar formada por cinco residentes, sendo uma psicóloga, um psicólogo, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga, dentro de um universo maior de 66 residentes e 25 preceptores espalhados por todo o município de Fortaleza. A Residência Multi traz pela primeira vez para a Atenção Primária à Saúde (APS) de Fortaleza algumas categorias profissionais como: educação física, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, psicologia e terapia ocupacional. Foi estruturada em Fortaleza para atuar dentro da lógica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que passam a ser integrados às atividades da ESF um mês após o início da Residência Multi. Ao todo foram criadas 25 equipes do NASF, distribuídas por todo o município.

O NASF é uma iniciativa do Governo Federal para ampliar a oferta de serviços diferenciados de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os núcleos reúnem profissionais de diversas áreas do conhecimento, como médicos (as) (psiquiatras, pediatras, homeopatas e ginecologistas), profissionais de educação física, nutricionistas, acupunturistas, farmacêuticos (as), assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos (as), psicólogos (as) e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais atuam em parceria e em conjunto com as Equipes da Saúde da Família.

Essa chegada acontece cercada de muitas expectativas, incertezas e em alguns casos mal estar sentido em algumas unidades de saúde. O processo seletivo das equipes de NASF

¹ A preceptoría de território é um trabalho de natureza pedagógica na gestão e atenção em saúde, especialmente em atenção primária. Atua na facilitação, mediação e articulação de processos educativos no território para fomentar a reflexão e construção das práticas de saúde, na organização de processos de trabalho e articulação das redes assistenciais.

não se deu por meio de seleção pública. Segundo a SMS a seleção se deu através de análise curricular e/ou entrevista. O fato trouxe a tona uma série de boatos sobre as contratações de muitos profissionais e dúvidas sobre estas terem sido feitas por apadrinhamento de vereadores ou lideranças políticas ligadas ao grupo político da atual gestão municipal, sem o cumprimento de nenhum critério técnico.

Diferentemente dos residentes, as equipes dos NASF não tiveram nenhum tipo de acompanhamento ou supervisão dos seus processos de trabalho e sequer passaram por alguma forma de treinamento inicial para a inserção no território. Em conversas informais pode-se perceber que muitos não tinham tido nenhuma experiência de atuação no contexto da saúde coletiva e tampouco sabiam sobre o SUS, Saúde da Família ou sobre a atuação na APS. A Célula de Atenção Básica (CAB), responsável pelas equipes dos NASF e o Sistema Municipal de Saúde Escola, responsável pelas equipes da Residência Multi, numa demonstração de extrema inabilidade e falta de planejamento, fizeram com que os profissionais das unidades de saúde que receberam estas equipes não tivessem nenhuma preparação anterior à inserção das mesmas junto às atividades da ESF. As evidências deste fato puderam ser percebidas pela maneira equivocada com que muitas Equipes de Saúde da Família (EqSF) estabeleceram o cotidiano de trabalho com equipes do NASF e Residência Multi.

A Portaria 154, de 2008 que cria os NASF estabelece claramente que estes devem atuar “em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das EqSF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.” (BRASIL, 2008). O Artigo 2º determina ainda que

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Para muitas categorias profissionais a construção de demandas de atendimento foi baseada no modelo assistencial culturalmente construído sob a ótica hegemônica do modelo biomédico (MERHY, 2002). Para a psicologia acrescenta-se a este fato o desafio da atuação

no campo da saúde coletiva num contexto ainda em processo de consolidação tanto para os (as) profissionais da área da saúde, quanto para os usuários e para a (o) própria (o) psicóloga (o)², provocando em muitos uma verdadeira crise de identidade profissional, evidenciando dúvidas a práxis nessa área, como:

- Quais os limites da atuação profissional?
- Quais os modelos de atenção que guiam as práticas em saúde nos NASF e Residência Multi?
- Que referencial teórico para atuação utilizam nas equipes do NASF e Residência Multi, garantindo o suporte aos portadores de sofrimento mental e aos outros agravos que envolvem a dimensão subjetiva?
- Quais os desafios decorrentes da falta de formação específica para atuar no campo da APS?

Por outro lado, este cenário da psicologia nos serviços de saúde se apresenta em vários campos potenciais, dentre eles:

- Reorganização dos serviços de saúde utilizando a estratégia da problematização (FREIRE, 1987; 1996), organização dos processos de trabalho compreendendo o lugar onde se vive como o “território vivo”, onde a vida acontece, onde as pessoas constroem seu mundo, suas relações, sua comunidade. (SANTOS e SILVEIRA, 2001);
- Diagnóstico psicossocial: mapeamento de atores comunitários, indicadores de saúde, identificação de recursos e construção do plano de ação com possível impacto na saúde na comunidade;
- Construção do mapa ambiental de saúde, realizando o levantamento das áreas verdes, das áreas de preservação, condições de saneamento, coleta e seleção do lixo, reciclagem;
- Atividades de prevenção e promoção da saúde.

É a partir desta perspectiva que foi feita a aproximação ao tema que é explorado nesta dissertação. Desponta da forte necessidade de se fazer uma reflexão acerca da formação e

² A Psicologia no Brasil tem cerca de 89% de seus profissionais mulheres (CFP, 2012), o que a torna uma profissão extremamente feminizada. Nesta dissertação ao invés de usarmos os termos **psicólogo** ou **psicólogos** utilizando o gênero masculino ao nos referirmos ao conjunto destes profissionais, optamos por usar o termo **psicóloga (o)** ou **psicólogas (os)** sempre iniciados pelo feminino, como uma forma de fazer justiça à maioria ao mesmo tempo em que convidamos o leitor para que seja feita uma reflexão em relação a discriminação em relação ao gênero, que historicamente acompanha as mulheres.

atuação profissional da psicologia inserida num contexto socioeconômico singular como o nosso, caracterizado pela miséria e desigualdades sociais extremas, e no interesse em contribuir com a práxis de uma psicologia comprometida com a transformação desta realidade.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo geral conhecer a prática das (os) psicólogas (os) que atuam na Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza. Especificamente buscamos conhecer o percurso formativo das (os) psicólogas (os) que atuam na APS em Fortaleza. Objetivamos ainda investigar as motivações das (os) psicólogas (os) para o ingresso na APS. Por fim, listar as atividades desenvolvidas pelas (os) psicólogas (os) nas unidades de saúde e território de abrangência em que estão lotados.

O caminho a ser percorrido durante a leitura desta dissertação começa com o **Capítulo 2 - O CENÁRIO DA SAÚDE EM FORTALEZA** que faz uma reflexão dirigida para o campo da saúde coletiva na cidade de Fortaleza a partir de uma contextualização histórica do desenvolvimento segregatório que a cidade passa ao longo de sua constituição, e mais especificamente a partir do século passado.

No **Capítulo 3** apresentamos a versão em português do artigo *PSYCHOLOGY AND PRIMARY HEALTH CARE: REFLECTIONS ON A PROFESSIONAL TRAINING AND PRACTICE: PSICOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL* que será submetido à edição especial em inglês da revista da ABRAPSO, *Psicologia & Sociedade*, edição que tem por objetivo a ampliação e difusão de trabalhos da área realizados no Brasil e em outros países da América Latina. Nele são abordados elementos conceituais que consideramos fundamentais para a articulação sobre a formação e atuação da (o) psicóloga (o) no contexto da saúde coletiva e da APS.

Em seguida no **Capítulo 4 - PERCURSO METODOLÓGICO**, detalhamos a organização da pesquisa em todas as etapas vivenciadas desde os critérios de inclusão/exclusão dos participantes, elaboração do instrumento norteador das entrevistas, procedimentos utilizados para a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e SMSE e procedimentos de coleta dos dados para finalmente chegarmos à análise dos dados que está subdividida em dados das entrevistas e dados referentes aos profissionais entrevistados.

Na parte final tomaremos contato com o Capítulo 5 que traz a apresentação e discussão dos resultados que partem da análise de conteúdo do material coletado nas

entrevistas e da articulação com o referencial teórico e em seguida teceremos as últimas considerações deste trajeto perante o complexo panorama da saúde; das políticas públicas; da formação profissional para a atuação neste contexto, e em especial na Atenção Primária à Saúde. Tenham todos uma boa leitura.

2. O CENÁRIO DA SAÚDE EM FORTALEZA

Neste capítulo apresentaremos aspectos de contextualização da saúde coletiva na cidade de Fortaleza, cidade que desde o século XX vem sendo marcada pela explosão demográfica e que teve no discurso higienista fundamento principal do processo de ordenação urbanística marcado pelas remoções forçadas em massa e pela segregação sócio-espacial.

2.1 O município de Fortaleza – aspectos históricos

Até 13 de abril de 1726, data que marca a elevação do povoado à condição de vila e posteriormente o aniversário da cidade, Fortaleza era ainda um vilarejo que apesar de grande era insignificante se comparada a outras localidades cearenses, como Aquiraz, a então sede da Capitania. Acostumada a sofrer invasões estrangeiras, desenvolve-se a partir do forte de Schoonemborch, construído durante uma das invasões holandesas. Anos depois, novamente conquistado pelos portugueses, o forte passa a ser chamado de fortaleza de Nossa Senhora de Assunção, dando origem assim à *Villa Nova da Fortaleza de Nossa Senhora d'Assumpção da Capitania do Ciará Grande* (CHAVES, VELOSO e CAPELO, 2006).

Em 1799 com o desmembramento da Província do Ceará da Província de Pernambuco torna-se a capital e em 17 de março de 1823, um ano após a Independência do Brasil, o Imperador Dom Pedro I alçou a vila da Fortaleza à categoria de cidade com o nome de Fortaleza de Nova Bragança, denominação recebida com pouco agrado pela população, sendo rapidamente reajustada para Cidade da Fortaleza de Nossa Senhora de Assunção, posteriormente abreviado para Fortaleza.

É no Segundo Império que a pequena cidade ganha seu destaque diante as outras cidades no Ceará com a política centralizadora de Dom Pedro II. O apogeu do cultivo e exportação do algodão cria um grande impacto na geografia da cidade, gerando um período marcado por grandes obras e melhorias urbanísticas de destaque até hoje. Nessa época são construídos o Farol do Mucuripe, o Liceu do Ceará, o Seminário da Prainha, a Cadeia Pública, e em 1861 é entregue a sociedade o primeiro hospital da cidade, a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (CHAVES, VELOSO e CAPELO, 2006).

Inaugurado com 80 leitos, foi construído inicialmente com recursos públicos fornecidos à província para resolver os problemas decorrentes de uma epidemia de febre amarela. Tinha como mantenedora a Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de

Fortaleza. Amorim e Dimenstein (2009, p.322) esclarecem que as Santas Casas são a versão brasileira dos ‘Hospitais Gerais’ europeus erguidos no século XVII.

[...] *locus* de exclusão dos pobres de toda sorte, dos que excedem os limites da razão e não respondem aos ideais capitalistas de então, esses estabelecimentos consistem em depósitos de massas de excluídos, nos quais a loucura é silenciada e dispersa.

No começo do século XX a Santa Casa de Fortaleza diante da grande calamidade pública que foi a seca de 1915 passa a atender uma grande massa de retirantes sofrendo das mazelas decorrentes do grande período de estiagem. Dez anos depois da grande seca, a Santa Casa passou a se firmar como um hospital de alta tecnologia ao ser o primeiro no estado a introduzir o serviço de radiologia ao inaugurar no dia 29 de junho de 1925 o primeiro aparelho de Raio X da cidade (PONTE, 1993).

As implicações deste processo migratório no desenvolvimento de Fortaleza motivaram a professora Maria Clélia Lustosa Costa, da Universidade Federal do Ceará, a pesquisar em seu doutorado “O discurso higienista e a ordenação do espaço urbano em Fortaleza”. Em sua tese, analisa as transformações do espaço urbano ocorridas a partir da metade do século XIX na cidade de Fortaleza mediante o discurso médico-higienista. Segundo a autora,

A Geografia contribuiu para compreender o papel das ideias e do impacto das mudanças de mentalidade para a geração de novas configurações territoriais e paisagens geográficas, sendo que a difusão de teorias médicas teve efeitos significativos na ordenação das cidades brasileiras. (COSTA,2012).

Uma das principais causas do crescimento demográfico de Fortaleza ao longo de sua história foram os inúmeros períodos de secas que castigaram o interior forçando a retirada de muitos sertanejos para a cidade em a busca por melhores condições de vida, trabalho e renda (PONTE, 1993).

A população que no ano de criação da vila, em 1726, é estimada em 200 habitantes no núcleo urbano vira o século XX como a sétima maior população urbana do país, quando surgem então as medidas de higienização social e de saneamento ambiental. A Tabela 1 mostra a evolução da população de Fortaleza e do Estado do Ceará no período de 1872 a 2009. Em 1950, o Município de Fortaleza tinha uma população de 270.169 habitantes, que representavam cerca de 10% da população do Estado do Ceará. Passados 59 (cinquenta e nove anos), essa população saltou para 2.505.552 habitantes, representando quase 30% de toda população do Ceará (IBGE, 2010).

Quadro 1 - Histórico Populacional de Fortaleza

ANO	FORTALEZA	CEARÁ	% FORTALEZA NO CEARÁ
1872	42458	-	-
1890	40902	-	-
1900	48369	-	-
1910	65816	-	-
1920	78536	-	-
1930*	126 666	-	-
1940	180 901	2.091.032	8,62
1950	270 169	2.695.450	10,02
1960	514 818	3.296.366	16,62
1970	842 702	4.361.603	19,67
1980	1 308 919	5.288.253	24,73
1990	1 766 794	6.366.647	27,78
2000	2 138 234	7.430.661	28,82
2007*	2 431 415	8.450.527	29,27
2009*	2 505 552	8.452.381	29,64

Fontes: Fundação IBGE, IPECE e Estimativa: PMF – SEPLA. * Estimativa IPECE.

O fluxo de migração do interior para a capital dá início ao processo de periferização da cidade com a construção de núcleos de favelas, como Pirambu, Lagamar, Morro do Ouro, Campo do América, Varjota, Meireles e Mucuripe. A periferização de acordo com Bomfim (1990, p. 12) vai além do distanciamento físico que surge do processo de expulsão das classes menos favorecidas das áreas mais valorizadas para a periferia, [...] “mas a uma falta de acessibilidade socioeconômica da população, quando é incapaz de se impor aos agentes periferizadores, ou é cooptada pelos mesmos”.

Nesse sentido, Egler (2002) ressalta os processos de inclusão e exclusão que podem ser observados em diferentes esferas, dentre elas as que dizem respeito as que colocam o sujeito em relação aos espaços da integração social. Segundo a autora,

A exclusão é uma relação social historicamente determinada. No transcorrer da história podemos observar suas formas distintas. Estar excluído é ocupar um lugar a margem de um processo, permanecer na periferia. Trata-se de uma relação social que podemos ler na complexidade das múltiplas relações sociais. A exclusão como conceito pode ser lida em processos de segregação espacial ou nas formas de organização da produção econômica. [...] A exclusão se realiza na totalidade do processo espacial. Por isso é preciso entender que ela tem múltiplas formas e se inscreve nas relações econômicas do mundo do trabalho, no espaço urbano da periferia, nos microdomínios da vida cotidiana. (Egler, 2002, p. 364).

A “desordem” instaurada com o crescente movimento migratório faz o poder público criar estratégias de intervenção com a alegação de fiscalizar a disseminação de doenças, uma vez que a crença era a de que a aglomeração contribuía com a formação de miasmas causadores das enfermidades. Segundo Costa (2012),

As secas eram ao longo do século XIX e boa parte do XX, quase sempre acompanhadas de epidemias. Doenças que dizimavam a população que migrava do sertão para o litoral, indo buscar socorro na, comparativamente rica capital do Estado. Acabavam por serem abrigados em condições insalubres, pois a cidade não tinha infraestrutura para receber tamanho acréscimo populacional. E, algumas vezes a população se multiplicava por cinco. Esta população de retirantes, com “hábitos rústicos e incivilizados”, tinha que ser alojada, alimentada, vacinada e urbanizada e afastada da área central para evitar a disseminação das epidemias.

Sob influência das teorias médicas que dominavam o pensamento europeu, há uma mudança de mentalidade passando a ser baseada no discurso médico e princípios higienistas, criando uma nova maneira de se perceber a natureza da cidade e do processo saúde-doença. Para Costa (2012),

A cidade foi considerada a principal fonte de doenças físicas e morais, portanto um espaço a medicalizar e que deveria passar por grandes cirurgias urbanas. O higienismo que se propõe intervir no espaço é usado como bandeira política e social. Há uma transfiguração da teoria higienista em uma concepção de higienismo como ideologia. Este pensamento médico-higienista interferiu nas práticas médicas e nas práticas urbanas na Europa, mas ao ser trasladado para um país tropical, passou por alterações. O marco foi a chegada da família real no Brasil, que obrigou a capital a se civilizar, europeizar, ocidentalizar, higienizar para receber a corte portuguesa. Estas ideias e práticas se difundem pelo Brasil, país de grande dimensão e diversidade natural e cultural.

O discurso urbano passa a ser impregnado pelo linguajar médico que em determinados aspectos compara o corpo humano ao corpo social, em que se trata a cidade como um organismo vivo com funções e anatomias próprias. Os impactos da influência do discurso médico-higienista contribuindo para uma nova forma de se pensar a cidade e a sociedade urbana podem ser sentidos em Fortaleza ao longo de sua história por meio das diversas intervenções que buscavam disciplinar o ordenamento, traçando para a cidade um planejamento que dava orientação e sentido e para onde deveria se dar sua expansão. Neste momento é adotado pelos engenheiros Paulet e Herbster adotam o traçado do tipo tabuleiro de xadrez com ruas e avenidas ortogonais (COSTA, 2002; PONTE, 1993). Segundo COSTA,

Desde 1835, leis e códigos de posturas, fundamentados em tratados de higiene pública, definiram não só como deveriam ser as edificações, mas também qual deveriam ser os hábitos de higiene, alimentação e lazer dos moradores dessa Fortaleza.

Os ambientes doentios, pântanos e alagados foram aterrados, as edificações insalubre afastadas das áreas habitadas e situadas a sotavento da cidade: os cemitérios, hospitais, prisões, etc. Expulsam-se também para a periferia, os abarracamentos, que aglomeravam os migrantes. A recomendação dominante era fazer circular o ar, a água,

os dejetos, os esgotos. Tudo que estivesse parado, estagnado era doentio, produtor de miasmas. Ruas alargadas, grandes bulevares construídos, praças e parques com fontes com água circulando embelezaram a cidade. E depois de anos de luta as redes de água e esgoto foram implantadas (1924). Primeiro, a intervenção foi no espaço das ruas, nos espaços públicos, os espaços coletivos. Posteriormente os espaços privados. Edificações são normatizadas nos códigos de posturas que determinam a altura do teto, o material de construção, o tipo de piso, a quantidade e o tamanho de portas e janelas. (COSTA, 2012).

O reordenamento, baseado em questões políticas e econômicas em torno das relações de poder com a finalidade de criar o isolamento entre aqueles que têm o poder daqueles que não o têm encontra no discurso médico o aval necessário para a justificativa das transformações. O médico, produtor da verdade, passa a exercer o poder de persuasão sobre as pessoas, com o propósito de controlá-las e neutralizá-las para exercer o poder sobre a sociedade (FOUCAULT, 2005).

O disciplinamento como exercício do poder buscava o condicionamento do indivíduo nas mais diversas instituições que este atravessa durante a vida, como a escola, o trabalho, a prisão, os hospitais, etc. Estas instituições buscavam a adaptação de seus corpos para a ampliação de suas aptidões e incremento da produção industrial. Segundo Foucault, (2010, p.151), as disciplinas focavam-se “no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos”.

Com o processo de redemocratização da sociedade brasileira na década de 1980, as ações dos movimentos sociais urbanos passam a ganhar força. Inicia-se uma intensa articulação em torno das demandas urbanas e discussões sobre a qualidade de vida no contexto das cidades. Egler (2002) observa que o planejamento urbano perde a sua racionalidade técnica e é substituído pela eficácia política do movimento social na década de 1980. Ainda nesta mesma década pela primeira vez é incorporado por uma Constituição Federal brasileira um capítulo específico sobre política urbana (Capítulo II, Título VII).

Apesar disso, na atualidade, as políticas públicas de intervenção na cidade de Fortaleza são implementadas sob a égide de um projeto que está estreitamente relacionado com o ideário de modernidade, mas adquire uma nova roupagem, apesar de ainda perdurarem os problemas urbanos e de saúde pública e da relação estreita com o sistema capitalista. As remoções que se davam no século passado com o objetivo de exterminar os “ambientes doentios”, insalubres, produtores de miasmas e com isso fazer circular o ar, a água e os dejetos ou aterrar pântanos e áreas de alagamentos para dar espaço a novos empreendimentos imobiliários para a classe dominante deram espaço para proposições de outra ordem.

Para a Fortaleza do século XXI, uma das sedes da Copa do Mundo de 2014, é astuciosamente “proposto” pelo atual Governo do Estado um plano de remoção forçado de segregação em massa e higienização social, sob a alegação de que ele se converterá em melhorias e benefícios a todos, ainda que grande parte da sociedade esbraveje sob a argumentação de que o evento, longe de ser um evento esportivo para o nosso povo, irá beneficiar principalmente, ou somente, a FIFA, os grandes empresários do setor hoteleiro e da construção civil.

Como ardil, o Governo do Estado do Ceará propôs a Lei 15.056, publicada no dia 12 de dezembro de 2011, que permite pagamento do valor de avaliação dos imóveis, conforme valor venal, e doação de um imóvel de até 52 m² pelo programa Minha Casa, Minha Vida, com verba do Fundo Estadual de Combate à Pobreza – FECOP. Tal estratégia permite, mais uma vez, a imposição da força monetária, como deixou a entender Bomfim e Foucault (1990; 2010), citados anteriormente.

Uma remoção assistida consistiria em levar junto às famílias toda a infraestrutura que as permitia viverem harmoniosamente assim como no seu local de origem, adicionando os serviços urbanos que lhes faltavam, tais como saneamento e abastecimento de água e energia elétrica, políticas públicas da saúde e assistência social, além da garantia do serviço de educação ou de descolamento até os equipamentos mais próximos.

A remoção não assistida remete a um não lugar desprovido dos serviços necessários à habitabilidade, como em seu lugar de origem da remoção foram conquistados ao decorrer de décadas. A luta pelo posto de saúde, pela creche, pela escola, serão trocados, sem que haja reflexão do removido para as consequências que a troca por uma habitação multifamiliar e uma verba em espécie de até quarenta mil reais se converterão no futuro. Irresistível ao morador apesar de oneroso para a municipalidade que terá de arcar com nova infraestrutura em local não urbanizado.

Some-se a isso, a necessidade de novos modais de deslocamento e de meios de transporte que onerarão sistema público e produzirão o transporte em detrimento do não transporte anterior, posto que não haverão na proximidade a distância pedestre entre o morador e seus serviços e, pior, sua garantia de trabalho.

2.2 Aspectos gerais

Fortaleza está situada às margens do Oceano Atlântico, ao norte do estado do Ceará, limitando-se ao norte com o Oceano Atlântico; ao sul com os municípios de Pacatuba,

Eusébio, Maracanaú e Itaitinga; ao leste, Aquiraz e Oceano Atlântico e a Oeste Caucaia. Tem uma superfície de 336 km².

Possui cerca de 30 km de faixa litorânea localizada entre a foz do Rio Ceará e o Porto do Mucuripe, numa extensão de 15 km, no sentido Oeste – Leste e situada entre o Porto do Mucuripe e a foz do Rio Pacoti, no sentido Nordeste também com extensão de aproximadamente 15 km.

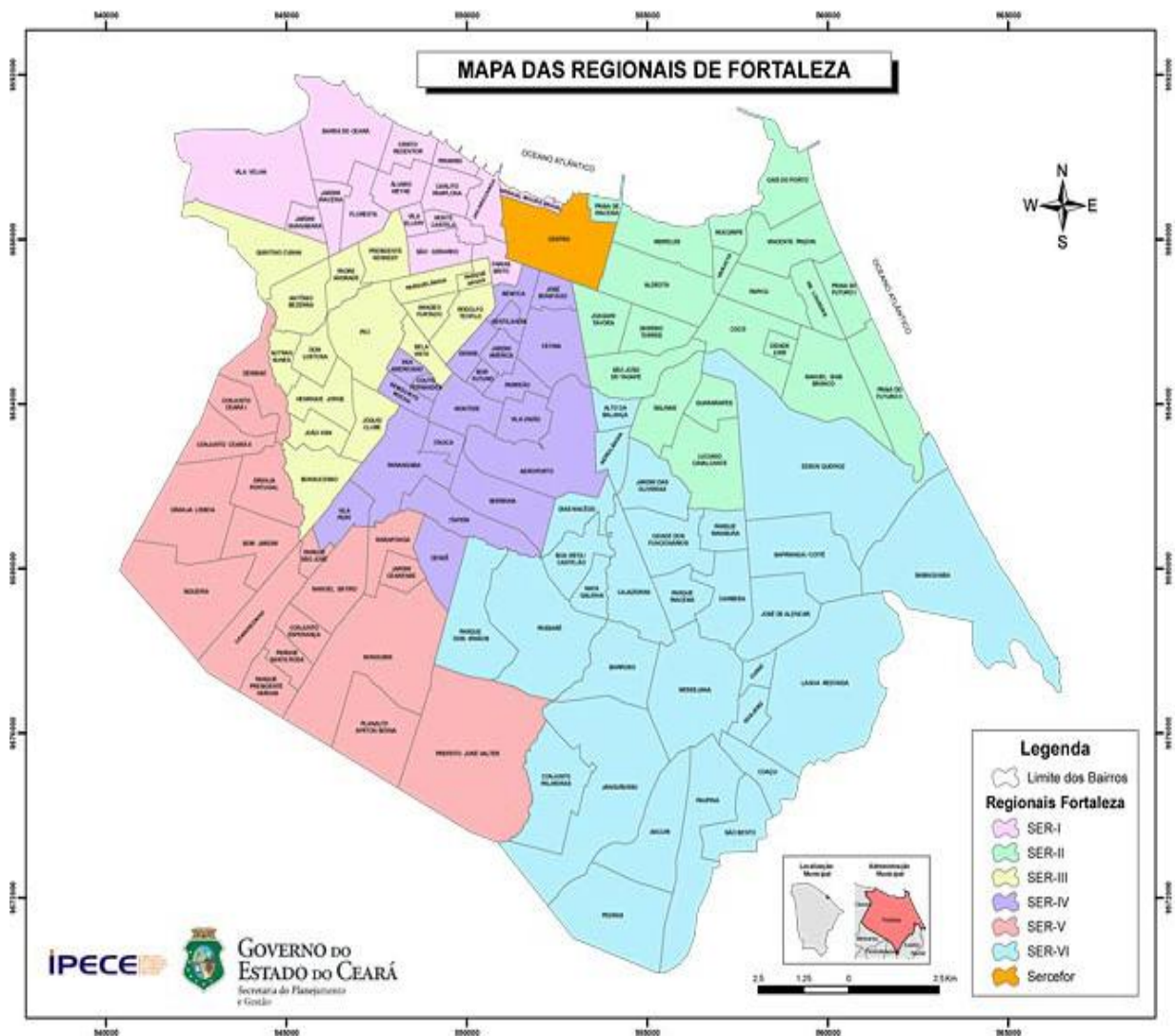
De acordo com o IBGE (2010), a população de Fortaleza está estimada em 2.505.552 habitantes concentrando 29,64% da população total do Estado do Ceará. Este percentual coloca a cidade entre as mais populosas do Brasil. O Município que ocupava no *ranking* nacional o quarto lugar em população, em 2006, passou para o quinto lugar em 2008, sendo superado por Brasília/DF.

Possui o 10º maior PIB municipal do país com 31 bilhões de reais sendo um grande centro industrial, comercial e um dos maiores poderes de compra do país. No turismo alcançou a marca de mais procurado no Brasil em 2004.

Administrativamente o município é dividido em Secretarias Executivas Regionais (SER) que em número de sete que funcionam como subprefeituras e fazem as obras de manutenção no espaço público. (Mapa 1).

MAPA DE FORTALEZA DIVIDIDO POR SECRETARIAS EXECUTIVAS REGIONAIS

REGIONAIS



Fonte: IPECE

2.3 A rede municipal de saúde em Fortaleza³

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão da administração direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No modelo de descentralização da administração pública municipal em Fortaleza, a Secretaria se articula diretamente com as sete Secretarias Executivas Regionais por meio dos respectivos Distritos de Saúde.

A SMS administra uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. A rede própria é

³ Os dados apresentados nas seções 2.3 e 2.4 estão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e disponíveis no sítio: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/>

formada por 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Especialidades Médicas (CEMJA), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A rede conveniada é composta por hospitais privados ou filantrópicos credenciados e clínicas públicas, privadas ou filantrópicas, que prestam serviços de consultas e exames.

A porta de entrada dos serviços de saúde são os postos de saúde ou Centros de Saúde da Família, que oferecem a atenção primária à população, tendo como referência a Estratégia Saúde da Família. Os postos abrigam equipes da Estratégia de Saúde da Família, que reúnem médicos (as), enfermeiros (as) e agentes comunitários (as) de saúde. Em algumas unidades há a participação de dentistas nas chamadas equipes mínimas, nestes casos também conta com a colaboração de técnicos de higiene dental. Além disso, algumas unidades de saúde contam com o suporte de equipes dos NASF e da Residência Multi formadas por vários profissionais que se inserem nas atividades da Estratégia Saúde da Família da SMS.

Dependendo da necessidade de cada usuário, um profissional de nível superior da Equipe de Saúde da Família pode encaminhar o paciente para consultas com especialistas ou para exames especializados, que são oferecidos nos centros especializados da rede pública municipal como também nas clínicas credenciadas ao SUS. A atenção especializada é oferecida na rede própria – em alguns postos de saúde e hospitais, no Centro de Especialidades Médicas e nos Centros de Especialidades Odontológicas e na rede conveniada.

Os atendimentos de emergência e os tratamentos para problemas de saúde que exigem maior densidade tecnológica são oferecidos na rede hospitalar pública municipal e conveniada. A atenção secundária na rede própria é feita pelos hospitais distritais, conhecidos como Frotinhas (três) e Gonzaguinhas (três), além do Centro de Atenção à Criança e do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A atenção terciária municipal é realizada no Instituto José Frota (IJF). A rede hospitalar municipal tem 956 leitos, sendo 553 nos hospitais secundários e 403 no hospital terciário. O atendimento de urgência e emergência é feito também pelo SAMU.

Além da oferta de serviços, a Secretaria Municipal de Saúde tem a atribuição de administrar o Sistema de Saúde; de Vigilância Sanitária; de Epidemiologia e de Controle de Zoonoses, mediante a definição das políticas públicas e diretrizes de prevenção de agravos, de promoção e de recuperação da Saúde.

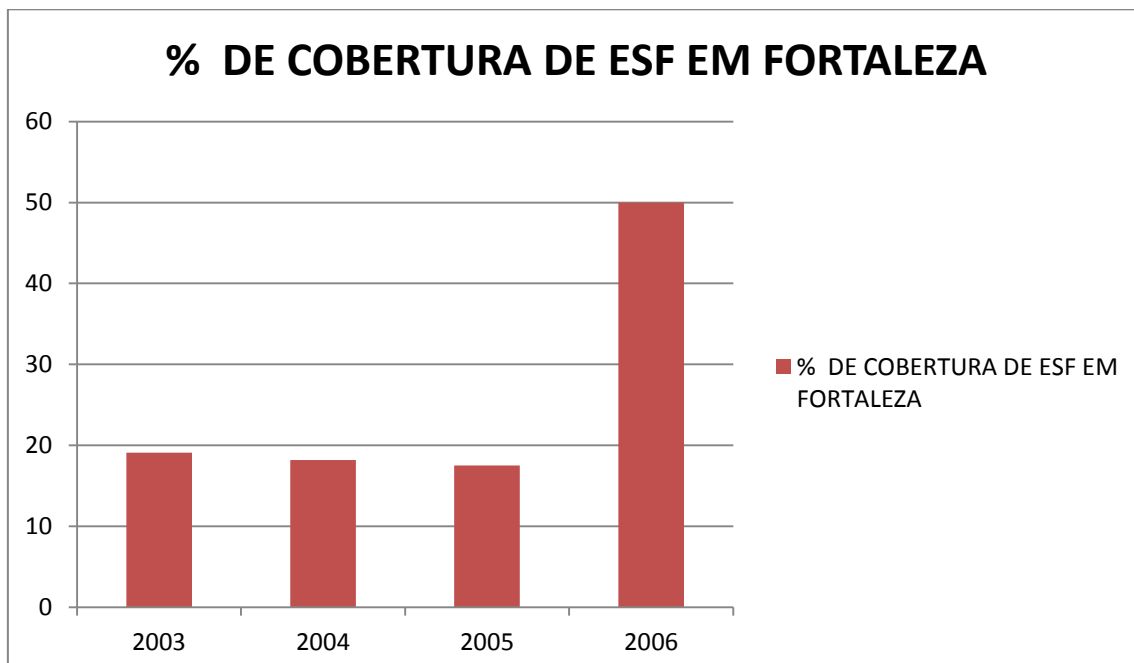
2.4 A Estratégia Saúde da Família em Fortaleza

A Constituição Federal brasileira afirma no artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Estabelece também os princípios da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Formulado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família, é o eixo central utilizado pela SMS como estratégia de desenvolvimento de ações na Atenção Primária à Saúde.

Até 2005, o PSF atingia apenas 17% da população de Fortaleza, contando com 100 equipes de profissionais. Um concurso público realizado pela administração municipal em 2006 foi responsável por mais que dobrar essa cobertura – que chega agora a 50% dos fortalezenses – e aumentar o número de equipes da ESF para 320. O gráfico a seguir refere-se à progressão do percentual de cobertura pela ESF em Fortaleza.

GRÁFICO 1 - COBERTURA DA ESF NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA



FONTE: SMS

Estratégia prioritária na Atenção Primária, a ESF tem papel fundamental na tarefa de levar um serviço de saúde integral, contínuo e de acesso universal, antecipando-se aos

atendimentos de emergência ou que necessitam de maior densidade tecnológica realizados pelas unidades de atenção secundária e terciária. Segundo dados da SMS, em 2009 foram mais de 932 mil atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem realizados pelas equipes da ESF, além de quase 1,4 milhão de visitas domiciliares.

As equipes da ESF (EqSF), também conhecidas por Equipes Mínimas, são formadas por médico(a), enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem, agentes comunitários (as) de saúde (ACS) e, parte delas, complementadas por dentista e técnicos (as) de higiene dental (THD) e integram-se não só ao Centro de Saúde da Família (CSF) ao qual estão ligadas, mas à comunidade local. Estas equipes multiprofissionais ficam responsáveis pelo acompanhamento de até 4 mil pessoas localizadas em uma área geográfica delimitada e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade nos Centros de Saúde da Família, em domicílio e em espaços comunitários. Participam também da identificação das vulnerabilidades da população, da elaboração de planos de ação com participação comunitária e promoção de atividades educativas contínuas.

Além dos 3.817 profissionais que fazem parte atualmente das equipes da ESF, Fortaleza conta com 25 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Implantados pela Secretaria Municipal de Saúde a partir de junho de 2009, os NASF complementam o trabalho da ESF com a ação de 151 profissionais (Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social).

3. ARTIGO EM PORTUGUÊS: PSICOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

RESUMO

O reconhecimento internacional da Atenção Primária à Saúde (APS) como fundamento para um novo modelo de cuidados de saúde levou a mudanças na teoria e na prática de várias profissões de saúde e bem-estar, entre elas a psicologia. No Brasil, a APS foi estabelecida como a entrada principal dos serviços ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar da notável expansão do papel das psicólogas (os) na APS nos municípios de todas as regiões brasileiras, ainda são poucos os estudos que se dedicaram a abordar a questão relativa à formação e atuação profissional nesta conjuntura. Este artigo se destina a oferecer subsídios que contextualizam a formação e atuação profissional das (os) psicólogas (os) brasileiras (os) no âmbito das políticas públicas de saúde dentro SUS, especialmente no campo da APS.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Psicologia, Sistema Único de Saúde, Psicologia e Atenção Primária à Saúde.

O presente artigo teve origem a partir dos questionamentos que surgiram durante o curso de Mestrado em Psicologia, na Universidade Federal do Ceará - UFC. Neste sentido tornou-se necessária a pesquisa bibliográfica direcionada para a formação e atuação da (o) psicóloga⁴ (o) no que diz respeito ao cenário atual das políticas públicas da saúde, tendo como norteador a integralidade da atenção assim como outros princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde; a Política Nacional da Atenção Básica que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção primária organizada pela Estratégia Saúde da Família, que desde 2008 passa a contar com Núcleos de Apoio com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da Atenção Primária à Saúde (APS). Estas equipes multidisciplinares são formadas por profissionais de várias áreas do conhecimento e que tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais são orientadas a incluírem pelo menos uma (um) profissional da área da saúde mental em cada núcleo, dentre elas (eles) a (o) psicóloga (o).

Segundo Dimenstein (1998), a absorção de psicólogas (os) para a atuação em instituições públicas de saúde se dá via saúde mental ainda no final dos anos 1970 e através da implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de 1983. Apesar desta inserção não ser um fato recente na história da profissão, é inegável o impacto que a ampliação de novos espaços de trabalho e o surgimento de novas demandas de responsabilidade social que se faz para a (o) psicóloga (o) tem para a práxis da categoria a partir da estruturação de políticas públicas de Estado de abrangência nacional de fortalecimento do modelo de APS com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

⁴ A Psicologia no Brasil tem cerca de 89% de seus profissionais mulheres (CFP, 2012), o que a torna uma profissão extremamente feminizada. Nesta dissertação ao invés de usarmos os termos **psicólogo** ou **psicólogos** utilizando o gênero masculino ao nos referirmos ao conjunto destes profissionais, optamos por usar o termo **psicóloga (o)** ou **psicólogas (os)** sempre iniciados pelo feminino, como uma forma de fazer justiça à maioria ao mesmo tempo em que convidamos o leitor para que seja feita uma reflexão em relação a discriminação em relação ao gênero, que historicamente acompanha as mulheres.

Em que pese o crescente número de: 1) cursos de extensão e aperfeiçoamento; 2) atualização de matrizes curriculares de cursos de graduação; 3) profissionais e linhas de pesquisa; 4) eventos científicos e, 5) produções acadêmicas que enfocam a ampliação e compreensão da inserção das (os) psicólogas (os) no SUS, estas ainda enfrentam uma escassez bibliográfica sobre a temática dentro da literatura especializada.

Desta forma, o presente trabalho se destina a oferecer subsídios que contextualizam a formação e atuação profissional das (os) psicólogas (os) brasileiras (os) no contexto atual das políticas públicas de saúde dentro SUS, especialmente no âmbito da APS.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE

A construção do sistema de saúde brasileiro se dá num longo processo. No Brasil imperial, a assistência à saúde tinha como foco principal os trabalhadores ligados à exportação de café. Na época as pesquisas científicas eram ligadas a epidemiologia e tinham como objetivo adotar medidas sanitárias de combate às epidemias e endemias, impulsionadas pelas descobertas bacteriológicas de Pasteur e pelas descobertas de vacinas que controlassem as epidemias e com isso garantir a permanência dos trabalhadores em seus postos de trabalho (SPINK e MATTA, 2007). A população era instruída a arejar e higienizar o ambiente domiciliar e as grandes cidades passavam por constantes reurbanizações com o objetivo de higienizar os espaços e evitar a disseminação de epidemias. Os hospitais faziam o isolamento daqueles que poderiam propagar as epidemias, assim como mantinham afastados os que eram considerados mentalmente incapazes do convívio em sociedade (FOUCAULT, 2005; MENDES, 1993).

A disciplina imposta pelo poder, primordial para o desenvolvimento do capitalismo industrial, buscava fazer a vigilância e o controle dos corpos como estratégia de fortalecimento destes para o trabalho produtivo (SPINK e MATTA, 2007).

Uma mudança neste cenário se dá a partir do desenvolvimento industrial, que faz surgir o modelo assistencial privatista, caracterizado pela cobertura dos serviços direcionada apenas aos trabalhadores com carteira assinada para uma assistência médica conveniada (GERSCHAMAN, 2001).

A partir do final dos anos de 1960 e em meados dos anos 1970, uma revolução de modos de vida acontece no mundo. Surge na Inglaterra o movimento por uma nova saúde pública. Na França, o Maio de 68 convida a sociedade a um reconhecimento das diferenças; na América Latina e, em vários países, um novo conceito de saúde se anuncia pelo reconhecimento de que a vida é muito mais complexa do que o paradigma biomédico consegue explicar.

O agravamento da crise da saúde no Brasil durante a década de 1970 com serviços de saúde filantrópicos e públicos impróprios e insuficientes e serviços privados financeiramente inacessíveis a maior parte da população, favorece o aparecimento do Movimento pela Reforma Sanitária, Reforma esta produto de um extenso movimento de defesa da democracia e direitos sociais, em busca de melhores condições sociais para a nação (PAIM, 2002).

Na década de 1980, essas reformas sociais se intensificam e sob o impacto de acontecimentos internacionais no âmbito da saúde pública, como a primeira carta de Promoção da Saúde no Canadá (Carta de Ottawa) e, no caso do Brasil, o marco da Reforma Sanitária Brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ambos acontecidos em 1986 (FRANÇA e VIANA, 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde se configura como um marco importante na construção do SUS ao ratificar os princípios anunciados pelo Movimento, além de levantar questões cruciais, como o reconhecimento da Saúde Como Direito de Todos e Dever do Estado, uma total reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento Setorial.

Em cinco de outubro de 1988 é promulgada a Constituição Federal. Com ela o SUS passa a ter existência jurídico-legal, ficando assegurado que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde integrantes deste sistema ficariam organizados de acordo com as diretrizes: descentralização, integralidade do atendimento e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). A descentralização

É o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2009 p115).

Esta diretriz além de conferir poder de administração dos serviços locais aos municípios transfere poder de decisão aos gestores locais. A diretriz de atendimento integral engloba o conjunto organizado de ações e serviços que cuidam da promoção, proteção e recuperação individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade do sistema, com ênfase nas ações preventivas sem causar, contudo, prejuízo aos serviços assistenciais (BRASIL, 2009). Em relação à participação popular na gestão do SUS, segundo o Ministério da Saúde, refere-se à formulação, controle e fiscalização das políticas de saúde, assegurando a todos o direito de participação nos Conselhos de Saúdes das diversas instâncias governamentais, buscando desenvolver nos indivíduos e na comunidade formas de intervenção na organização e gestão dos serviços de saúde.

A complementação destas diretrizes citadas no artigo 198 da Constituição Federal seguem os princípios estabelecidos na Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990 e que dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Dentre eles, podemos citar:

Universalidade - A Saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.

Equidade - É um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade - Significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Descentralização e comando único - Um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas de saúde.

Resolutividade - É a capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade.

Regionalização e hierarquização - A regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a economia de escala.

Participação popular - Como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social, é preciso criar canais de participação popular na gestão do SUS, em todas as esferas, municipal, estadual e federal. (BRASIL, 1990).

A despeito de o processo de formalização do SUS ocorrer por intermédio das Leis Orgânicas número 8.080 e 8.142, sua construção somente se efetiva com o desenvolvimento das Normas Operacionais Básicas NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96.

A partir destas mudanças a sociedade brasileira passa a dispor de um conjunto de políticas que tinham como norte a transformação da democracia do Estado e da vida social dos cidadãos. (PAIM, 1987). Um sujeito que lutava pela sua liberdade e pelo direito de se expressar, conquistava agora, através de sua Carta Magna o direito ao acesso universal e equânime aos serviços de saúde, bem como um Estado de proteção social que tem a responsabilidade de promover a saúde de toda a população brasileira (OLIVEIRA *et al*, 2004).

Podemos observar, portanto, que o conceito de saúde como “ausência de doença” não correspondia mais aos anseios da sociedade brasileira que idealizava o Sistema Único de Saúde (SUS), se reorientando para uma compreensão mais abrangente de sujeito e sociedade que reconhece que saúde é resultante de determinantes e condicionantes sociais, como: alimentação, posse da terra, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, liberdade, emprego, transporte e acesso aos serviços de saúde.

Assim, não se pode mais considerar a saúde de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade. Falar, hoje, em saúde sem levar em conta o modo como o homem se relaciona com o seu meio social e ambiental é um retrocesso à época em que a doença era observada como um fenômeno essencialmente biológico, desprovido de qualquer outra interferência que não fosse tão somente o homem e seu corpo.

Um novo modelo de atenção, cuja organização assistencial tenha como pilares a atenção primária em saúde em detrimento do modelo caracterizado pela prática médica essencialmente voltada para uma abordagem biológica e hospitalocêntrica, e o gerenciamento não mais no nível federal e sim no municipal, será construído fundamentado na concepção de que a unidade básica de saúde deve ser o espaço primordial de interligação de ações individuais e coletivas, desde ações de promoção da saúde, àquelas de prevenção e cura. É também um espaço privilegiado de intersetorialidade entre políticas públicas e não governamentais de saúde, assistência social, meio ambiente, etc., em todo o território de abrangência da unidade básica de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2012) considera a Declaração de Alma-Ata, formulada durante a primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978, um marco, ao definir a Atenção Primária à Saúde mundial como a organizadora dos serviços de saúde e afirmando ser esta a maneira mais eficiente e organização do sistema de saúde.

Desta forma, o SUS, cuja estrutura está baseada principalmente nos princípios da universalidade no atendimento, integralidade nas ações em saúde, equidade, descentralização e controle social, organiza a execução de seus serviços e ações de promoção, prevenção e cuidado à saúde, assim como de reabilitação e tratamento de doenças de forma hierárquica, dividida em três níveis de atenção (BRASIL, 2009). O primeiro destes níveis é a **Atenção Primária em Saúde** (APS), termo usado internacionalmente da tradução do inglês *Primary Health Care*, no Brasil comumente chamado de Atenção Básica. Sobre o uso da terminologia *Atenção Básica*, Mello, Fontanella e Demarzo (2009) chamam a atenção para o duplo sentido que o mesmo carrega, pois ao mesmo tempo em que se pode compreender “básica” no sentido de ser fundamental, principal, também pode ser interpretado como simples, elementar ou

rudimentar, o que tem sido causa de grandes discussões no meio profissional e acadêmico sobre sua utilização ou não.

A APS constitui-se como a porta de entrada do usuário aos serviços do SUS. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e grande organizadora dos fluxos e contra fluxos dos usuários dentro do SUS, exceto nos casos de urgência e emergência (MENDES, 2005), além de ser o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006). Utilizaremos o termo Atenção Primária à Saúde, por considerá-lo ideologicamente mais apropriado para ser utilizado no contexto do SUS.

A Atenção Secundária compreende as ações e serviços que envolvam um atendimento profissional especializado ou requeiram a utilização de suporte tecnológico de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009). São exemplos de grupos que compõem os procedimentos deste nível de atenção: exames ultrassonográficos, cirurgias ambulatoriais, terapias especializadas, psicoterapias, procedimentos traumato-ortopédicos, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Policlínicas, dentre outros.

A Atenção Terciária, é também chamada de Alta Complexidade por ser o nível de atenção que envolve o “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2009). Dentre eles, podemos citar: as “redes” de assistência a pacientes portadores de doença renal crônica; pacientes oncológicos; cirurgias cardiovasculares; pacientes transplantados e os procedimentos de impacto financeiros muito elevados, como quimioterapias, diálises, radioterapias, hemoterapias, etc.

É dentro da conjuntura de reorganização do SUS e da necessidade de uma reorientação do modelo assistencial a partir da APS que o Ministério da Saúde decide implantar oficialmente, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), cuja inspiração nasceu da

experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) acumulada no município de Quixadá, Ceará. Experiência que mostrou ao Ministério a importância do enfoque dado à família pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e não mais uma atenção centrada no indivíduo. Vale salientar que este processo de mudança de cuidado voltado para todo o grupo familiar ocorreu em vários países, como Cuba, Inglaterra e Canadá (ROSA e LABATE, 2005) o que fez com que estas experiências também influenciassem na construção do PSF. A Portaria número 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) transforma o PSF em uma estratégia de abrangência nacional, passando a denominá-la Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, em 2006, o MS lança as Diretrizes do Pacto Pela Saúde, com o objetivo de firmar uma agenda de compromissos com os gestores do SUS, que contempla três dimensões: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto de Gestão e o Pacto pela Vida, que definiu a promoção da saúde e o fortalecimento da APS como prioridades, tendo como objetivos, dentre outros:

- a) Assumir a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco - regionais;
- b) Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meios de estratégias de educação permanente e de ofertas de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- c) Ampliar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos;
- d) Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais (BRASIL, 2006).

Essas mudanças vêm produzindo um impacto significativo no campo de atuação de várias categorias profissionais, ampliando o espaço profissional e criando possibilidades de serem implementadas práticas integrais de saúde com o respaldo do trabalho de equipes multiprofissionais. De acordo com Dantas, Oliveira e Yamamoto (2010, p. 105),

É inegável que a inserção profissional ampliada tem obrigado o psicólogo a buscar novas fontes de conhecimento para fundamentar a sua prática, assim como a diversificação das suas formas de atuação, procurando superar a intervenção individual em direção daquela que exige a inserção em equipes multiprofissionais. Tal busca é reflexo da mudança nos contextos de intervenção e das pressões por uma atuação socialmente comprometida.

Neste sentido concorda-se com Bardagi *et al* (2008) ao alertarem para a necessidade de reformulações na formação profissional das (os) psicólogas (os) por parte das instituições de ensino, no sentido de que se ofereça uma formação mais diversificada e generalista, que leve em consideração o conhecimentos de áreas emergentes da Psicologia, possibilitando a ampliação da atuação a contextos diferenciados de intervenção.

A FORMAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) PARA ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA.

A Psicologia enquanto profissão foi regulamentada no Brasil pouco antes do golpe militar de 1964, através da Lei número 4.119, de 27 de agosto de 1962. A ditadura que permaneceu no país por quase duas décadas influenciou, entre outras coisas, no processo de formação e atuação profissional do psicólogo e, historicamente, a configuração profissional da Psicologia se dá de forma ‘elitista’, direcionada principalmente para uma atuação em clínicas privadas, com a predominância de formações curriculares voltadas para esta área, calcados no modelo médico de intervenção e cura, privando os currículos de contemplarem a temática social- aspectos históricos, políticos e ideológicos - e levando a profissão a se organizar de maneira alienada, não politizada e elitista. Não à toa se construiu a ideia de que psicólogo faz somente psicoterapia (DANTAS, OLIVEIRA e YAMAMOTO, 2010; MACEDO e DIMENSTEIN, 2011; BÖING, CREPALDI e MORÉ, 2009).

Para Dimenstein (2000) torna-se imprescindível fazer-se a análise da relação que existe entre alguns aspectos relacionados à cultura profissional da psicologia no Brasil, pois dela parte o entendimento acerca das práticas atuais. Dentre estes elementos, podemos citar:

(a) a história e ideologia da profissão na sociedade brasileira; (b) o contexto da formação profissional no Brasil; (c) a representação social da profissão e (d) a clientela que busca os cursos de psicologia no Brasil. A autora define “cultura profissional” como:

O conjunto de idéias, visão de mundo e estilo de vida profissional adotado por um grupo profissional específico, que vem determinar a adesão e preferência por certos modelos de atuação, por certos referenciais teóricos, assim como, por certos padrões, códigos e regras de relacionamento entre os pares e com a comunidade leiga; além de definir suas formas de organização e representação na sociedade (2000, p. 101).

É a partir do processo de redemocratização do país que se retoma a questão do compromisso e transformação social como pontos centrais desafiadores da formação e atuação profissional de diversas profissões da saúde, dentre elas a Psicologia, o que permitiu à (ao) psicóloga (o) a possibilidade de atuar junto a políticas públicas buscando o fortalecimento do indivíduo e comunidade, em busca da emancipação humana.

Dimenstein (2001) chama a atenção para o distanciamento que se observa entre os profissionais da saúde e destes com os usuários fruto do desinteresse, das práticas mecanizadas e da burocracia, da alienação, da falta de compromisso profissional com a instituição, com as práticas de saúde humanizadas, evidenciando fragilidades na vinculação que a (o) profissional constrói com o seu campo de atuação.

A qualidade do vínculo que as (os) psicólogas (os) imprimem à sua atuação e o desenvolvimento das suas práticas tem relação direta na dinâmica e nas características do campo profissional da categoria tanto no sentido da atuação individual como também de responsabilidade pelo futuro da profissão (BASTOS, MAGALHÃES E CARVALHO, 2010).

Muito embora tenha havido uma grande ampliação no campo de atuação das (os) psicólogas (os), a psicologia clínica ainda é reconhecida pelos leigos e pelas (os) próprias (os) profissionais como a área de atuação mais tradicional e com maior inserção (BARDAGI et al, 2008).

Neste sentido, tem sido frequentes as discussões sobre a necessidade de uma reforma curricular e implementação de mudanças que permitam a incorporação de uma nova concepção de atuação que se constrói a partir da ampliação das práticas de intervenção, do rompimento com o modelo clínico hegemônico centrado no indivíduo ou em processos individualizantes e de distanciamento da realidade social do país para uma reforma que garanta a diversidade da formação que busque o envolvimento e a participação da psicologia na construção e execução de um projeto sólido, amplo e contínuo de mudança social no sentido de minimizar as desigualdades sociais ora gritantes em nossa sociedade.

A PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA LATINOAMERICANA

O termo Psicologia Comunitária é usado pela primeira vez nos Estados Unidos durante uma conferência em Boston, em 1965, cujo objetivo era discutir a formação profissional da Psicologia e a ampliação da noção de saúde mental dentro do contexto comunitário. Na Europa, apesar de apresentar alguns aspectos que a diferenciam da norte-americana decorrentes da influência do Estado, surge a partir de questões semelhantes a dos Estados Unidos, especificamente por insatisfação com o modelo médico tradicional bem como por uma evolução na concepção da saúde (Góis, 2005).

Na América Latina, o termo passa a ser usado na década de 1970 a partir da insatisfação de alguns psicólogos latino-americanos com a Psicologia Social tradicional e a perspectiva de se construir uma nova Psicologia Social cujo enfoque fosse a superação dos problemas sócio-econômicos e de desigualdade que até hoje marcam o continente. Nasce, portanto, não por influências externas ou da Psicologia Clínica e sim da Educação Popular freireana, da Teologia da Libertação e da Psicologia Social Crítica (Góis, 2005).

A crise que se instala na Psicologia Social toma força com os questionamentos frente à postura e as concepções da Psicologia Social tradicional, mais preocupada com estudos de grupo, aspectos relacionados à conduta e ajustamento social, atitudes, estereótipos, relações

interpessoais, etc. (LEYENS, 1979 apud GÓIS, 2005) desvinculados do contexto histórico-cultural.

A insatisfação que emerge a partir do distanciamento que os modelos que predominam na Psicologia Social tradicional fazem em relação aos problemas sociais e sua incapacidade em propor soluções a estes problemas impulsionam a construção de uma Psicologia Social crítica alinhada com os problemas sociais e com mudanças sociais significativas de inclusão social e redução das desigualdades sociais (Góis, 2005).

Neste sentido, a Psicologia Social Comunitária Latino-americana tem influenciado no desenvolvimento de uma Psicologia Social comprometida com o nosso povo e nossa realidade, diferentemente da que se construiu nos Estados Unidos e Europa, contribuindo não somente na construção do corpo teórico, mas também para a construção de uma práxis transformadora da realidade social do continente, marcada pela miséria, desigualdade social, econômica e cultural (SILVA e BOMFIM, 2012).

Consolidar o comprometimento da Psicologia com a investigação e compreensão de temas implicados com a realidade local, dentro de uma perspectiva da integralidade, que amplia o olhar sobre o sujeito, baseados na justiça, na igualdade e na dignidade, reafirmando o seu aspecto de ciência e profissão que não são de neutralidade nem isenção, mas, sobretudo a serviço das classes oprimidas.

Busca fazer com que a articulação entre teoria, metodologia, pressupostos epistemológicos e éticos se convertam para uma prática de enfrentamento das desigualdades historicamente determinadas em busca da autonomia, emancipação e superação de desigualdades sociais estão entre os grandes desafios que a Psicologia tem se deparado nos últimos anos, especialmente ao ser inserida nas políticas públicas de Estado de âmbito nacional, dentre elas as desenvolvidas na APS.

São vários os autores, dos mais diversos campos do conhecimento científico que têm dado contribuições significativas para o desenvolvimento e consolidação de uma Psicologia Comunitária que insere uma metodologia de pesquisa-ação cuja caracterização se dá a partir da problemática do cotidiano ao qual está inserida. Dentre eles podemos citar: Paulo Freire, Orlando Fals Borda, Silvia Lane, Martín-Baró, Maritza Montero, Leonardo Boff (SILVA e BOMFIM, 2012). Góis (2005, p. 29), reconhece esta influência que tanto tem contribuído para a corrente crítica e popular na América Latina ao mesmo tempo em que enfatiza a participação basilar do hispano-salvadorenho Ignacio Martín-Baró, da brasileira Silvia Lane e da venezuelana Maritza Montero.

A nova investida para a construção de uma Psicologia Social que se preocupa com temas antes não considerados no continente encontra desafios, como o de problematização social da própria Psicologia Social. O enfrentamento que se dá entre as concepções do modelo tradicional e o modelo crítico da Psicologia Social atinge o auge durante o Congresso da Sociedade Interamericana de Psicologia de 1979, ocorrido em Lima, Peru. O evento acontece em meio a um clima de muita tensão. Parte dos professores e alunos, indignados com a predominância do idioma inglês no evento propuseram um boicote como forma de protesto. O Encontro discutiu temas relativos à contextualização da Psicologia Social, o papel do psicólogo na sociedade, a presença da ideologia nos modelos teóricos e práticos, questões éticas, a práxis do psicólogo no contexto social da América Latina e os próprios objetivos da Psicologia Social. Essas discussões tiveram um grande impacto nos rumos dados à Psicologia Comunitária na América Latina, com fortes influências também no desenvolvimento da Psicologia Comunitária no Brasil (GÓIS, 2005; GUEDES, 2007).

Assim como na América Latina, a Psicologia Social no Brasil surge a partir da necessidade do questionamento acerca da vida e do cotidiano das pessoas inseridas num contexto social, econômico e histórico-cultural singular e marcado por contrastes, dentro de

uma perspectiva de mudança social e desenvolvimento das potencialidades humanas a partir de uma práxis libertadora. Toma como base modelos teóricos e práticos da Sociologia, da Ecologia e da Educação Popular, reforçados por experiências realizadas em diversos estados brasileiros, em especial a partir de trabalhos de enfoque sócio-políticos a partir das produções de Silvia Lane (Góis, 2005).

Silvia Lane, professora do curso de Psicologia da PUC de São Paulo teve na disciplina de Psicologia Social um dos grandes elementos impulsionadores da produção teórico-prática a partir da realidade concreta do ser humano. É do confronto desta realidade com os conceitos teóricos que se produz uma Psicologia transformadora, que considera o sujeito como autor da sua história, sendo, portanto, agente de sua transformação.

A Profa. Sílvia Lane foi pioneira nas formulações teóricas que colocaram a Psicologia Social brasileira em questão, ressaltando a necessidade de se explicitar seu vínculo com interesses dominantes e de se redirecionar sua produção no sentido de contribuir para a transformação social. Nessa trajetória aliou teoria e prática, contribuindo para a revisão de conceitos e métodos e para a organização da área. Trabalhou incansavelmente e em várias frentes para produzir uma Psicologia Social que reconhecesse o caráter histórico dos fenômenos sociais e humanos e a pessoa como sujeito ativo e histórico (BOCK, *et al* 2007, p.46).

Qualquer reflexão que se proponha a fazer sobre a história da Psicologia Social no Brasil indubitavelmente convergirá para o percurso acadêmico de Silvia Lane. A história da Psicologia Social no país se confunde com a sua trajetória e sua luta, cujas práticas, ideias e liderança contribuem para o nascimento da Psicologia Social Comunitária. Destaca-se o grande poder de incentivo, articulação e socialização das experiências e produções latino-americanas na área da Psicologia social, marcado pelo diálogo constante com teóricos de todo o continente.

As colaborações de Silvia Lane para a realização de eventos científicos com o intuito de divulgar práticas, ideias e fazer o intercâmbio das produções científicas se tornaram em marcos da sua trajetória, assim como o incentivo a criação de entidades de promoção da

integração da Psicologia Social com outras áreas do conhecimento que atuem dentro de uma perspectiva social crítica e da congregação das pessoas empenhadas no desenvolvimento da Psicologia Social, como a Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO.

Lane busca no marxismo as bases teórico-metodológicas que fundamentam a crítica à “ideologização” das Ciências Humanas e de introdução da lógica dialética que cria o sistema de categorias e conceitos e de posicionamento metodológico que tem como característica a negação do método experimental e da quantificação como estratégias válidas de análise dos fenômenos psicossociais, defendendo, sobretudo, a utilização de procedimentos de coleta e análise de dados qualitativos. Segundo Lima, Bomfim e Pascual (2009, p. 237) a “ideia de que o conhecimento leva necessariamente à ação transformadora, à práxis, em busca de uma vida mais plena e satisfatória em termos éticos atravessa toda a obra de Sílvia na área da Psicologia Social, e é a marca que a distingue”.

Em 1980 se dá a criação da ABRAPSO, a partir do rompimento e contraposição ao grupo de psicólogos vinculados a Associação Latino-Americana de Psicologia Social (ALAPSO) que propunha aplicar e desenvolver a Psicologia Social aprendida por seus autores nos EUA por ocasião dos seus estudos de doutorado realizados naquele país.

Sob a coordenação de Silvia Lane, a ABRAPSO cria um espaço de reflexão, discussão e problematização de temas importantes como a relação entre Psicologia Social, ideologia e sociedade, cujo compromisso se desse em relação a mudanças sócio-políticas de conscientização e luta popular (Góis, 2005).

Neste sentido Góis (2005, p.38) ressalta o avanço progressivo da Psicologia Comunitária, fortemente influenciada pela Reforma Psiquiátrica e pela Educação Popular de Paulo Freire, firmando-se como uma área da Psicologia Social que aos poucos se diferenciou da Saúde Mental Comunitária e da própria Psicologia Social, que apesar de ter sido desenvolvida no interior desta, adquire especificidades quanto:

1. Às questões psicossociais decorrentes da vida comunitária;
2. Às ações interdisciplinares de desenvolvimento comunitário e desenvolvimento local (trabalho e renda, saúde, educação, assistência social, ação política, ação cultural, urbanização, organização de comunidade, planejamento social, orçamento participativo e outros); e
3. À necessidade de um novo currículo em Psicologia e de uma nova formação do Psicólogo (teoria-prática-compromisso social).

A PSICOLOGIA COMUNITÁRIA CEARENSE: A ESCOLA DO CEARÁ

É também dentro de um contexto de crítica a Psicologia tradicional praticada na época que surge a Psicologia Comunitária cearense ainda no início da década de 1980. Tendo a frente o psicólogo e professor do Departamento de Psicologia da UFC, César Wagner Góis e da educadora popular Ruth Cavalcante, nasce a partir do engajamento social de estudantes de graduação em psicologia da UFC assim como de profissionais da educação e de diversas áreas implicados com a pobreza e comprometidos com a luta comunitária (Góis, 2005).

Surge em 1980 a partir das práticas psicológicas advindas da aproximação dos alunos com populações da periferia de Fortaleza, que Góis (1984) chamou de Psicologia Popular, uma psicologia muito mais prática do que teórica e de comprometimento com causas comunitárias cujas bases foram fortemente influenciadas pela: 1) Psicoterapia (Rogers, Moreno, Fannon e Loyello); 2) Educação Popular de Paulo Freire; 3) Sociologia (Fals Borda e Touraine); 4) Biodança (Toro e Góis) e 5) Teologia da Libertação (Boff e Gutiérrez) (Góis, 2005).

Um pouco mais tarde, em 1987 após ter integrado as ideias de Silvia Lane, Henrique Dussel, da Psicologia da Libertação (Martín-Baró), da Psicologia Histórico-Cultural, (Vygotsky, Luria e Leontiev) mais as ideias de Góis e Cavalcante é que passa a ser

denominada Psicologia Comunitária do Ceará, com marco teórico definido e a característica marcante de articular teoria, prática e compromisso social (Góis, 2005; Brandão, 1999).

Constitui-se, portanto sob a influência do contexto sócio-político e econômico de fortes desigualdades predominantes na região Nordeste brasileira, e mais especificamente, do Ceará, em um momento de retorno da democracia no país, após duas décadas de ditadura militar e em meio ao processo de crescimento da participação popular tanto no meio acadêmico quanto nos movimentos sociais.

O encontro com a Psicologia Histórico-Cultural teve grande importância para o desenvolvimento de um campo de atuação comprometido com o questionamento da condição de dominação e opressão que se desenvolve nas sociedades capitalistas e que historicamente acompanham a América Latina. Bomfim (1999, p.99) acrescenta que

A vertente Sócio-histórica da psicologia social defende uma intervenção que atinja diretamente os grupos populares, buscando, através das relações igualitárias de autonomia e de cooperação, um compromisso de mudança social e de melhoria da qualidade de vida.

Outros dois fatos marcantes para a construção desta Escola se dão em 1988 quando é criada no Departamento de Psicologia da UFC a disciplina de Psicologia Comunitária de caráter obrigatório para o curso de graduação em Psicologia e em 1992 com a criação do Núcleo de Psicologia Comunitária da UFC – NUCOM, um núcleo de ensino, pesquisa e extensão que integra atividades de extensão comunitária, a prática de pesquisa em busca da construção do sujeito comunitário através do fortalecimento da identidade individual e social, tornando-se um centro de formação, promoção e divulgação da Psicologia Comunitária. Oliveira, Ximenes e Coelho (2008, p.152) complementam esta análise do percurso da Psicologia Comunitária cearense afirmando que:

A partir de então, a Psicologia Comunitária intensifica seu processo de sistematização teórico-metodológica, bem como de progressiva inserção acadêmica e profissional. Aqui, chamam a atenção a visão e o compromisso do professor Cezar Wagner de Lima Góis (2003, p. 20) com o desenvolvimento da Psicologia Comunitária e de sua práxis, afirmando que seu objetivo, “além de contribuir com a construção do sujeito da realidade e na sistematização de uma Psicologia Comunitária, era o de inseri-la no

meio acadêmico e curricular (iniciado com a disciplina de Dinâmica de Grupo), e torná-la uma área profissional remunerada”

Buscava-se, portanto, romper com as práticas tradicionais e com a desconexão existente entre a formação e atuação profissional no contexto político, social e econômico brasileiro e a construção de práxis social libertadora da comunidade e seus moradores, preocupando-se com as condições psicossociais do modo de vida do lugar que se antepõem diante dos indivíduos de se tornarem sujeitos de sua comunidade, na perspectiva da autonomia e da libertação (Góis, 2005). Góis acrescenta ainda que se faz necessária a problematização da Psicologia Comunitária no sentido da libertação tendo em vista o grande esforço que os indivíduos têm em se tornarem sujeitos da realidade no contexto de dominação e exploração ao qual estão inseridos.

Compreende-se a Psicologia Comunitária, portanto, apoiada no compromisso com o sujeito submisso e resignado, o oprimido, atuando rumo a sua libertação, o que Góis (2008, p.46) caracteriza como Práxis Libertadora:

que se realiza com os outros para si e para os outros indivíduos e povos [...]. Libertação e cidadania constituem, portanto, a negação da negação do indivíduo ou povo de serem mais. [...] Libertação e vida irrompem na consciência dos indivíduos e dos povos, notadamente quando o cativeiro em que vivem é descoberto por eles mesmos como cativeiro.

Seu referencial permite compreender como se constitui o sujeito comunitário a partir do entendimento dos modos de vida e da sua relação com a comunidade possibilitando criar situações de desenvolvimento de condições subjetivas e objetivas que o faça trilhar o caminho rumo ao exercício da cidadania.

Góis (2004) afirma que a Psicologia Comunitária cearense se constrói dentro do marco da Psicologia social latino-americana e na perspectiva de mudanças sociais e de desenvolvimento humano. O autor a define como:

- a) Uma área da Psicologia Social;
- b) Voltada para a compreensão da atividade comunitária como atividade social significativa (consciente) própria do modo de vida (objetivo e subjetivo) da comunidade e que abarca seu sistema de relações e representações, modo de

apropriação do espaço da comunidade, a identidade pessoal e social, a consciência, o sentido de comunidade e os valores e sentimentos implicados aí;

- c) Tem por objetivo o desenvolvimento do sujeito da comunidade, mediante o aprofundamento da consciência dos moradores com relação ao modo-de-vida da comunidade, e
- d) Através de um esforço interdisciplinar voltado para a organização e desenvolvimento dos grupos e da própria comunidade (Góis, 2004, p. 290).

Desta forma, compreende-se o papel da (o) psicóloga (o) segundo a abordagem da Escola do Ceará como sendo o de facilitador de processos que levam a transformação social ao mesmo tempo em que também assume o papel de transformadora social ao invés de um mero técnico especializado (GÓIS, 2008).

PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM DIÁLOGO INDISPENSÁVEL

A reflexão elaborada neste artigo visa contribuir com a discussão em torno da atuação da (o) psicóloga (o) no contexto APS. A implementação de políticas sociais importantes como os Sistemas Únicos de Saúde (SUS) e de Assistência Social (SUAS) contribuíram fortemente para a ampliação do espaço de atuação para as (os) psicólogas (os) em todo o país. Entretanto, faz-se necessário que se invista na formação adequada para que a práxis da (o) psicóloga (o) se construa alinhada com as diretrizes do SUS e do complexo contexto sócio-político e econômico em que vivemos e que causam impactos significativos no processo saúde-doença dos indivíduos.

Neste sentido, torna-se essencial o diálogo entre a Psicologia Social Comunitária e a APS frente à complexidade que é exigida ao lidar-se com a multiplicidade e a diversidade encontrados no nível do cuidado primário. A APS exige de fato uma práxis ético-politizada de engajamento social em saúde que contribua com uma atuação baseada no acolhimento da subjetividade dos sujeitos em questão.

Tomando como referência a Psicologia Comunitária, compreende-se como sendo de fundamental importância a construção de processos de trabalhos da ESF que reconheçam a necessidade do sujeito exercer um papel ativo na construção de sua saúde e na coletividade que, segundo Góis (2008) somente será possível se constituído dentro da perspectiva da cidadania, da ecologia, do bem-estar humano e social.

A mudança no perfil profissional de profissões da saúde como a Psicologia, se dá principalmente a partir da mudança de concepções em que o compromisso social com o SUS e seus usuários se efetive nas práticas do cotidiano de trabalho. Segundo Dimenstein (2001, p. 58),

A modificação do modelo assistencial hegemônico e a melhoria real no atendimento à saúde passam necessariamente pelo desenvolvimento de serviços mais próximos da população, das suas necessidades e prioridades. Para isso, exige-se uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso na busca da qualidade da saúde. Ou seja, é preciso uma reconstrução da subjetividade dos trabalhadores do campo da saúde, bem como alterar a cultura organizacional hegemônica (Dimenstein, 1998), sendo esse, então, o grande desafio que a Reforma Sanitária enfrenta no país.

Urge a necessidade de mudanças nos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos de graduação que participam diretamente das políticas públicas sociais, dentre eles o SUS e o SUAS. Neste sentido concordamos com Dimenstein (2009) quando esta afirma que é obrigação da universidade pública garantir a formação profissional daqueles que atuarão nos espaços públicos. Fazem-se necessárias também mudanças profundas nas matrizes curriculares destes cursos no sentido de que estas possam ser repensadas quanto a sua estrutura, objetivos e acima de tudo que sejam feitas articulações entre o processo formativo e o serviço, assim como com as comunidades e os usuários destas políticas públicas, fomentando a ampliação das perspectivas de atuação profissional, que no caso da Psicologia, ainda se restringem às práticas tradicionais da clínica individual particular ou organizacional.

REFERÊNCIAS

- BARDAZI, T. M. et al. Avaliação da Formação e Trajetória Profissional na Perspectiva de Egressos de um Curso de Psicologia. In: **Psicologia Ciência e Profissão**, 2008, 28 (2), 304-315.
- BASTOS, A. V. B.; MAGALHÃES, M. O.; CARVALHO, T. A. T. Os vínculos do psicólogo com o seu trabalho: uma análise do comprometimento com a profissão e com a área de atuação. In: BASTOS, A. V. B e GONDIM, S. M G. **O trabalho do psicólogo no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BOCK, A. M. B. ; FURTADO, O. ; FERREIRA, M. R. ; GONÇALVES, M. G. M. . Silvia Lane e o Projeto do "Compromisso Social da Psicologia". **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 46-56, 2007.
- BOMFIM, Z. A. C. A mediação emocional no desvelar da identidade em Psicologia Comunitária. In: BRANDÃO, I. R. B. e BOMFIM, Z. A. C. (Orgs.) **Os Jardins da Psicologia Comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial**. Fortaleza: Pró-Reitoria de Extensão da UFC/ABRAPSO, 1999.
- BRANDÃO, I. R. As Bases Epistemológicas da Psicologia Comunitária. In: BRANDÃO, I. R. B. e BOMFIM, Z. A. C. (Orgs.) **Os Jardins da Psicologia Comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial**. Fortaleza: Pró-Reitoria de Extensão da UFC/ABRAPSO, 1999.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- _____. Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia: profissão de muitas e diferentes mulheres**. Disponível em: <http://mulher.pol.org.br/apresentacao>. Acesso em 30 abr 2012.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. P. 018055.
- _____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em 14 mar 2012.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 19 jul. 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BÖING, E.; CREPALDI, M.A. e MORÉ, C. L. O. O. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. In: **Psicologia Ciência e Profissão**, 2009, 29 (4), 828-845.

DANTAS, C. M. B., OLIVEIRA, I. F. e YAMAMOTO, O. H. Psicologia e pobreza no Brasil: produção de conhecimento e atuação do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, 22(1), 104-111.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.3, n.1, p. 53-81, jan./jun 1998.

_____. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, 5(1), 95-122, 2000.

_____. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

_____. Conversando com o psicólogo. Sem medo de repensar. Entrevista. **Psi Jornal de Psicologia**. CRP – SP, São Paulo, n. 161, jun./jul., 2009. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/161/frames/fr_conversando_psicologo.aspx#. Acesso em 20 jul. 2012.

FRANÇA, A. C. P. e VIANA, B. A. Interface psicologia e programa saúde da família – PSF: reflexões teóricas. In: **Psicologia Ciência e Profissão**, 2006, 26 (2), 246-257.

FOUCAULT, M.; MACHADO, Roberto. **Microfísica do poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005., 295p.

GERSCHAMAN, Silvia. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90. **Revista Ciência & Saúde Coletiva – ABRASCO**, v. 6, n. 2, 2001.

GÓIS, C. W. L. **Psicologia Comunitária**. Universitas: Ciências da Saúde, v. 2, n. 1, 277-297, 2004.

_____. **Psicologia Comunitária – Atividade e Consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire, 2005.

_____. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. Petrópolis: HUCITEC, 2008.

GUEDES, M. C. A viagem histórica pela América Latina. **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 2: 39-45, 2007.

LIMA, D. M. A; BOMFIM, Z. A. C. e PASCUAL, J. G. Emoção nas veredas da psicologia social: reminiscências na filosofia e psicologia histórico-cultural. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 231-240, jul./set. 2009.

- MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. D. B. Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos Saberes e Poderes na Atualidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 31 (2), 296-313, 2011.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B. e DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/issue/view/25>>. Acesso em: 26 jul. 2011.
- MENDES, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993, pp. 19-92.
- _____. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, 2005. Disponível em: <www.ufjf.br/nates/files/2009/12/entrevista1.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2011.
- OLIVEIRA, I. F. et al. **O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional**. In: Interações, Campo Grande, vol.09, n.17, p.71-89, 2004.
- PAIM, J. S. **O Que É Reforma Sanitária?** Rev. Baiana de Saúde Pública, v.12, n.2/4, p. 232-243, 1987.
- _____. **Saúde Política e Reforma Sanitária, Salvador**: Fred Lima. 2002, p. 447.
- ROSA, W. A. G. e LABATE, L. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 13, n. 06, p. 1027-34, 2005.
- SILVA, E. C. S; BOMFIM, Z. A. C. Resenha: Histórias da Psicologia Comunitária na América Latina: Participação e Transformação. **Psicologia & Sociedade**, 2012, no prelo.
- SPINK, Mary J. P; MATTA, G. C. A Prática Profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **A Psicologia em Diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**.1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em 18 mar 2012.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O método empregado na pesquisa segue um enfoque qualitativo voltado ao estudo da atuação da psicologia na APS de Fortaleza. O método qualitativo considera a existência de uma relação dinâmica entre mundo objetivo e subjetivo. Segundo Brandão (2001, p.86), a pesquisa qualitativa:

Enfoca a subjetividade, a construção teórica e o diálogo do pesquisador com o sujeito pesquisado, e preocupa-se com a qualidade das informações, a qualidade das relações; não concebe o pesquisador como neutro, mas como ser humano inserido em uma cultura, com pensamentos e sentimentos.

No estudo utilizamos a entrevista como meio de construção do corpus da pesquisa. A base para a análise de dados foi fundamentada na análise de conteúdo de Bardin. Segundo esta autora, a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p.44).

4.1 Cenário da pesquisa

O estudo Foi realizado no município de Fortaleza, que no contexto da saúde está demarcado territorialmente sob a forma de Distritos de Saúde. Estes distritos têm por objetivo organizar a rede de cuidado progressiva do sistema, garantindo à população o acesso aos serviços básicos da saúde (Atenção Primária), assim como aos especializados (Atenção Secundária) e à assistência hospitalar (Atenção Terciária). Os Distritos de Saúde estão distribuídos em seis das sete Secretarias Executivas Regionais que recortam toda a extensão territorial do município. Para o presente estudo, escolheu-se como cenário da pesquisa instituições da APS que continham profissionais da Psicologia em seu quadro de funcionários.

4.2 Universo da pesquisa e participantes

Segundo a SMS, atualmente 25 psicólogas (os) estão distribuídas (os) pela rede da APS do município de Fortaleza, lotadas (os) em unidades de saúde; distribuídas (os) em equipes da Residência Multi (preceptores ou residentes) e em algumas das 25 equipes dos

NASF. A Tabela 3 caracteriza a distribuição das (os) psicólogas (os) que atuam na APS em Fortaleza nas sete secretarias executivas regionais e suas respectivas lotações.

Quadro 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PSICÓLOGAS (OS) QUE ATUAM NA APS EM FORTALEZA

	SERCENTRO	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI
NASF	01	02	02	03	01	04	04
Residência Multi	-	-	-	-	-	03	03
OUTROS	-	-	02	-	-	-	-
TOTAL	01	02	04	03	01	07	07
TOTAL GERAL	25						

Poderiam participar como sujeitos da pesquisa profissionais da psicologia de ambos os sexos. Outra exigência para a participação da pesquisa foi a de que estes profissionais estivessem há pelo menos um ano atuando na APS. Adotamos um ano de tempo de atuação na APS como critério de inclusão dos participantes na pesquisa por entendermos que dada a natureza da investigação, um período menor do que este de atuação seria insuficiente para uma compreensão real da práxis neste contexto.

4.3 Instrumentos

Na construção do *corpus de pesquisa* fizemos uso de revisão bibliográfica e entrevistas semiestruturadas, aplicada às psicólogas (os) que atuavam há pelo menos um (01) ano na APS no município de Fortaleza no momento em que se deu a coleta dos dados.

A escolha dos instrumentos se deu no sentido de que estes pudessem provocar o discurso dos sujeitos e produzir uma forma de teorização que surgisse a partir da atual experiência profissional na atenção primária, por meio da inserção do pesquisador nos serviços de saúde.

Para Minayo (2008, p. 84), “não existe método de trabalho em pesquisa junto a pessoas humanas que substitua a sabedoria da escuta”. De acordo com a autora a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo.

Parte da coleta de dados foi obtida utilizando como instrumento (Anexo 2) um roteiro de entrevista semiestruturada com duas partes principais, com suas respectivas divisões:

I – Dados de Identificação: (nome, formação acadêmica e seus diferentes níveis, local, ano de conclusão, formação complementar, estágios).

II – Atuação profissional (trajetória, tipos de atuação, inserção na APS, regime de contratação, jornada de trabalho, motivação para a atuação neste contexto, princípios norteadores da atuação).

4.4 Procedimentos

4.4.1 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, de acordo com as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, em 19 de abril de 2012, sob o número 82/12.

No momento da coleta dos dados, respeitando as normas estabelecidas na resolução supracitada, solicitaram-se a todos participantes que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Este documento teve como objetivo dar aos participantes explicações básicas sobre a relevância, os objetivos e realização da pesquisa, garantir-lhe o direito ao sigilo de sua identidade, assim como o direito de interromper em qualquer momento a sua colaboração com a pesquisa, caso sentisse necessidade, sem que isso implicasse qualquer constrangimento ou prejuízo à sua pessoa. O documento também garantia ao pesquisador a permissão do participante para o uso e publicação posterior dos dados revelados.

4.4.2 Procedimentos para a coleta de dados

Após aprovação pelo COMEPE, o pesquisador se dirigiu à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza portando uma cópia do projeto de pesquisa e um documento de identificação assinado pela professora orientadora do estudo contendo o título da pesquisa e uma breve descrição de seus objetivos e da realização da mesma, assim como a instituição a

qual estava vinculada. Na SMS estes documentos foram enviados à Coordenação do Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE) que ficou responsável pela análise e autorização aos Distritos de Saúde de cada SER.

Após a autorização do SMSE, o pesquisador encaminhou-se aos Distritos de Saúde e com a ajuda do (a) Assessor (a) Técnico da Educação Permanente de cada SER fez um levantamento de todas as unidades de saúde da APS de Fortaleza que contam com a presença da (o) psicóloga (o) em seu quadro de funcionários ou programa de residência. Seleccionadas as instituições, o pesquisador passou a contactar os profissionais de Psicologia com o intuito de verificar a disponibilidade destes na participação da pesquisa. Inicialmente foi feito contato por telefone, cujos números foram disponibilizados pela Coordenação da Atenção Básica (CAB) de cada Distrito de Saúde.

De início, dois profissionais foram excluídos por estarem atuando como residentes há poucos meses, não se enquadrando, portanto, no critério de inclusão relativo ao tempo de serviço na APS. Posteriormente, na fase dos contatos, identificamos outra psicóloga que também não tinha um ano de atuação, sendo assim, excluída da fase seguinte da pesquisa.

Foram muitas as dificuldades encontradas para que se fizesse o recrutamento dos participantes. Dos profissionais que ainda poderiam se efetivar como sujeitos, alguns não atenderam às ligações telefônicas de contato inicial, apesar de inúmeras tentativas por parte do pesquisador. Dos demais profissionais contactados e, apesar de todos terem concordado com a relevância em se pesquisar o tema, nem todos foram entrevistados. As justificativas apresentadas foram diversas e variaram desde o afastamento por férias ou licença médica a problemas pessoais que impossibilitaram um encontro no qual pudessem ser entrevistados.

Em seguida, a partir do agendamento pré-estabelecido por telefone com cada profissional, o pesquisador, portando documento de identificação pessoal e o TCLE, encaminhou-se para as respectivas instituições, apresentando-se aos profissionais que, ao serem informados mais detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa e após lerem e assinarem o TCLE permitiram a coleta de dados.

A entrevista se deu de forma individualizada, ocorrendo a maioria no local de trabalho dos participantes em horários de menor fluxo de usuários nas unidades de saúde as quais estão vinculados. Uma participante preferiu ser entrevistada em sua residência, por estar de licença médica e afastada de suas funções na época em que se coletou os dados. Buscou-se, na medida do possível, a realização das entrevistas em ambientes mais reservados, com o objetivo de não prejudicar a coleta dos dados, registrados por gravador digital. Todavia, foi assegurada ao participante a liberdade de se ausentar para realizar outra atividade caso fosse

convocado. De fato algumas interrupções aconteceram sem que, contudo, tivessem afetado ou prejudicado a coleta dos dados.

De início, após reforçar-se a premissa da gravação como forma de se melhor obter as informações, foi feita a entrevista, cuja duração média ficou entre 45 minutos e 01 (uma) hora. Seguindo um roteiro semiestruturado o pesquisador buscou, inicialmente, informações sócio demográficas do participante, para em seguida, a partir de questões norteadoras, colher dados acerca da atuação profissional da (o) psicóloga (o) no contexto da APS, atividades realizadas no cotidiano de trabalho, motivação profissional, etc.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador e, para evitar a possível identificação dos participantes, optou-se por codificá-los através do símbolo Ψ acrescido por um número que os diferencia uns dos outros. Para tornar a transcrição das entrevistas mais fidedignas ao momento vivenciado, algumas diferenças de entonações e expressões não verbais foram anotadas ao longo da transcrição no momento em que ocorreram.

Ainda na tentativa de resguardar a identidade dos entrevistados decidimos não anexar as transcrições das entrevistas a esta dissertação, por considerarmos que parte de seus conteúdos trazem a tona aspectos que poderiam levar a uma identificação e em virtude da natureza das informações contidas nas mesmas poderiam revelar fatos comprometedores aos sujeitos envolvidos.

4.4.3 Caracterização da Amostra

Participaram da pesquisa 10 profissionais da psicologia (n=10) com idades que variam entre 27 e 60 anos, com uma média de 38,5 anos de idade, que atuam há pelo menos um ano na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza. Observou-se que dos 10 profissionais entrevistados, 09 eram do sexo feminino (n=9) e apenas um do sexo masculino (n=01) números que evidenciam semelhanças substanciais quando comparados aos dados nacionais, que mostram que no Brasil, a Psicologia tem 89% de profissionais mulheres (CFP, 2012). Sobre esta discrepância, que coloca a Psicologia no Brasil no rol das profissões caracteristicamente feminizadas, Castro e Yamamoto (1998) afirmam que esta é uma realidade que prevalece desde pouco depois da regulamentação da profissão. Os quadros abaixo apresentam a caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Quadro 3 - Caracterização Geral da Amostra

Variáveis	Categorias	Frequência
Sexo	Feminino	09
	Masculino	01
Idade	Entre 20 e 29 anos	01
	Entre 30 e 39 anos	04
	Acima de 40 anos	05
Regime de Contratação	Celetista	09
	Concursada	01
Tempo de Graduação	0 a 5 anos	02
	6 a 10 anos	05
	Acima de 10 anos	03
Realização de Pós-Graduação	Especialização	08
	Mestrado ou Doutorado	03

Quadro 4 - Caracterização da Amostra por Participante

Participante	Dados
Ψ01	45 anos, graduada há 4 anos, cursou 2 especializações. Atua em 3 CSF no NASF e não realiza outras atividades como psicóloga.
Ψ02	30 anos, graduada há 5 anos, é mestre. Atua em 3 CSF no NASF e não realiza outras atividades como psicóloga.
Ψ03	40 anos, graduada há 14 anos, é especialista. Atua em 4 CSF no NASF e não realiza outras atividades como psicóloga.
Ψ04	32 anos, graduada há 9 anos, é especialista. Atua exclusivamente em apenas 1 CSF e não realiza outras atividades como psicóloga. É concursada e encontra-se à disposição da SMS de Fortaleza por tempo indeterminado.
Ψ05	41 anos, graduada há 16 anos, cursou 2 especializações. Atua em 3 CSF no NASF e não realiza outras atividades como psicóloga.
Ψ06	27 anos, graduada há 4 anos, é especialista. Atua em 3 CSF no NASF e não realiza outras atividades como psicóloga.
Ψ07	60 anos, graduada há 8 anos, cursou 2 especializações, é mestre e doutoranda. Atua em 3 CSF no NASF e não realiza outras atividades como psicóloga.
Ψ08	35 anos, graduado há 10 anos, nunca realizou nenhuma pós-graduação. Atua em 2 CSF no NASF e atua em 3 outras instituições.
Ψ09	41 anos, graduada há 14 anos, cursou 2 especializações, é mestranda. Atua em 3 CSF no NASF e não realiza outras atividades como psicóloga.
Ψ10	34 anos, graduada há 10 anos, é especialista. Atua em 2 CSF no NASF e não realiza outras atividades como psicóloga.

Em relação ao fator trabalho, verificou-se que todas (n=10) das (os) respondentes trabalham no regime de 40 horas semanais. Destas, nove (n=9) trabalham com registro na carteira de trabalho do empregado (CTPS) e somente uma (n=1) é concursada. Vale salientar que a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) até hoje somente realizou concurso para o cargo de psicóloga (o) para a atuação exclusiva no único hospital municipal da atenção terciária. Secretarias estratégicas da administração municipal que contam com psicólogas (os) em seus quadros, como Assistência Social (CRAS, CREAS), de Direitos Humanos (Coordenação da Criança e do Adolescente, Programa Raízes de Cidadania, Centro de Referência LGBT) e a própria SMS (NASF, CAPS), dentre outras, “terceirizam” estes profissionais pelo regime celetista.⁵ A psicóloga concursada identificada na pesquisa é

⁵ A contratação formal pela CTPS, que garante direitos como: salário, vale transporte, 13º salário, férias remuneradas, FGTS, benefícios previdenciários e seguro-desemprego, foram conquistados somente nesta atual gestão. Por meio de licitações públicas a SMS seleciona empresas que fazem a contratação terceirizada dos profissionais de diversas áreas, inclusive a (o) psicóloga (o).

concurada por um município localizado no sertão central cearense e encontra-se temporariamente à disposição da PMF, estando sujeita a retornar ao seu local de trabalho de origem a qualquer momento.

Recentemente a SMS realizou uma seleção pública com o objetivo de criar um cadastro de reserva para a contratação de profissionais da área da saúde, incluindo psicólogas (os), para atuarem nos três níveis de atenção, o que deixa claro a intenção de não realizar concurso público num futuro próximo.

Aquino (2005) afirma que a precarização laboral adquire matizes individuais, sociais, políticas e históricas. Toma múltiplos sentidos e segmentações, individuais e coletivas. Neste sentido, concordamos com a antropóloga Maria das Graças Pinho Tavares (2012), quando esta afirma que as práticas de discriminação que historicamente acompanham as mulheres em muitos aspectos também contribuem para a precarização do trabalho feminino, assim como das profissões feminizadas, como a Psicologia.

Estes fatos apontam para a necessidade de mobilização da categoria para o engajamento no movimento de pressão junto ao Congresso Nacional para que faça a votação do Projeto de Lei 5440/2009 que dispõe do Piso Salarial e da Jornada de Trabalho do profissional de Psicologia, assim como da participação nas discussões importantes com vistas a minimizar a precarização do trabalho que hoje pode ser observado pela categoria. Temos na atualidade muitos os desafios na árdua batalha pelo direito à diferença e o respeito à diversidade, inclusive no mundo do trabalho.

Sobre a formação profissional, verificou-se que todas (os) as (os) entrevistadas (os) são egressas (os) de cursos da cidade de Fortaleza, sendo seis (n=6) da única universidade privada, a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e quatro (n=4) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Vale salientar que existe atualmente em Fortaleza sete cursos de graduação em Psicologia, dois ofertados em universidades públicas e cinco em instituições privadas. Apesar deste número expressivo de instituições de ensino apenas duas destas (UFC e UNIFOR), cujos cursos de Psicologia foram fundados em 1974 e 1984 respectivamente, já lançaram profissionais no mercado de trabalho, refletindo o processo de expansão dos cursos no país que em parte tem contribuído para o crescimento e interiorização da Psicologia no Brasil (MACEDO e DIMENSTEIN, 2011).

Ainda sobre a formação profissional, um aspecto significativo dos resultados diz respeito à busca por estudos em pós-graduação. Nove (n=9) das (os) entrevistadas (os) realizaram algum curso de especialização *lato sensu* e três (n=3) buscaram também cursos de mestrado e uma atualmente cursa o doutorado. Um estudo realizado por pesquisadores da Universidade federal do Rio Grande do Norte (UFRN) revelou que especializações na área da Saúde Pública neste contexto eram geralmente ofertadas pelas próprias Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde sendo procuradas não por necessidade de atualização profissional, mas como espécie de obrigatoriedade (OLIVEIRA, *et al*, 2004). Percebeu-se que no caso das (os) psicólogas (os) de Fortaleza, muitos destes cursos concentram-se no campo da Saúde Pública (Saúde Mental, Saúde Pública, Saúde da Família, Gerontologia) e foram ou estão sendo realizados após o ingresso na APS e sem o financiamento do Estado. Sobre a formação profissional, Dimenstein (2009), afirma que

[...] a universidade pública tem a obrigação de dar essa formação. O SUS é uma política pública e a universidade pública principalmente tem a obrigação de dar sustentabilidade a essa discussão e formar pessoas que vão atuar nos espaços públicos. Não é isso o que acontece como regra. O resultado é que as pessoas, não tendo uma formação consistente para trabalhar na Saúde Pública, vão aprendendo no cotidiano, buscando cursos de especialização e de aperfeiçoamento, tentando ampliar sua formação por conta própria. Isso no melhor dos casos.

Em análise feita sobre a formação das (os) psicólogas (os) por Yamamoto, Silva e Zanelli (2010) percebe-se que em relação à formação pós-graduada, o envolvimento se deu majoritariamente direcionado para a modalidade profissional, especificamente para as especializações *lato sensu*. Isso coloca a psicologia no rol das profissões de nível superior que mais investe no aperfeiçoamento profissional.

4.5 Definição das categorias de análise

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa com o objetivo de fazer a sistematização e categorização dos dados coletados que viabilizassem a análise por parte do pesquisador utilizaram os princípios da Análise de Conteúdo conceituada por Bardin (2010, p. 44).

O objetivo do tipo de análise preconizado pela Análise de Conteúdo é alcançar uma pretensa significação profunda, um sentido estável, conferido pelo locutor no próprio ato de produção do texto.

São organizados em três etapas, a saber:

- 1 A Pré-análise: fase inicial onde se faz a organização e sistematização das ideias a partir da leitura flutuante do material a ser analisado. É nesta etapa que ocorre a constituição do *corpus*, que envolve a organização do material de forma a responder a

- critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Em vista disso, tal etapa consistiu na realização de leituras exaustivas das entrevistas realizadas;
- 2 A exploração do material: realiza-se a codificação dos dados brutos, entendida como o processo de transformação dos dados, feita através de recortes, contagem, classificação, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo capaz de esclarecer o analista acerca das características do texto. Nessa etapa, os conteúdos foram recortados e agrupados em categorias para facilitar a interpretação e,
 - 3 Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: trata-se da análise propriamente dita. De posse das informações reveladas nas etapas anteriores, o pesquisador propõe inferências e com base no referencial teórico e nos objetivos do estudo, realiza suas interpretações.

Na análise das entrevistas foram observados vários pontos importantes para a discussão sobre a formação e atuação da (o) psicóloga no contexto da APS que se deram por meio da análise de conteúdo de Bardin. Para tanto, foram utilizadas categorias gerais de análise, definidas a partir dos eixos norteadores da entrevista (Quadro 4). A partir dos agrupamentos das respostas dos sujeitos dadas pelas semelhanças entre elas, foram definidas as subcategorias e os principais elementos de análise. Os elementos se constituem por segmentos de respostas dadas pelos sujeitos. Desse modo, em uma mesma resposta são encontrados diversos elementos de análise. Por vezes, na resposta de uma mesma questão, o sujeito abordou diversos aspectos da mesma, de modo que vários elementos de análise puderam ser selecionados.

Quadro 5: Categorias Gerais de Análise

Categorias Gerais de Análise
Inserção no Campo de Atuação
Conhecimento prévio sobre a atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS.
Desafios do Cotidiano de Trabalho

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

“Os pesquisadores costumam encontrar três grandes obstáculos quando partem para a análise dos dados recolhidos no campo [...] O primeiro deles [...] ‘ilusão da transparência’[...] O segundo [...] sucumbir à magia dos métodos e das técnicas [...] O terceiro [...] é a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo.” (Minayo, 2008: p. 197).

5.1 Inserção no campo de atuação

Quadro 6: Definição da Categoria “Inserção no Campo de Atuação”

Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
1 - Inserção no Campo de Atuação	1.1 – Por Identificação	1.1.1 – Interesse na área
		1.1.2 – Consequência natural da trajetória
	1.2 – Por Acaso	1.2.1 – Sem procura efetiva
		1.2.2 – Desejo de ingresso no mercado formal de trabalho
	1.3 – Por Falta de Opção	1.3.1 – A partir de uma proposta de emprego

O primeiro questionamento que foi feito para as (os) psicólogas (os) da Atenção Primária entrevistadas (os) foi a respeito do processo de inserção profissional destas nesta nova área de atuação. Segundo a SMS somente a partir do final do primeiro semestre de 2009 com a implantação da Residência Multi e equipes dos NASF é que a cidade passa receber pela primeira vez na APS algumas categorias profissionais antes encontradas apenas na atenção secundária e terciária. A psicologia apesar de já se fazer presente na Atenção Primária via Assistência Social através dos CRAS e em outros equipamentos importantes da rede municipal dentro do território em programas das secretarias de Educação e Direitos Humanos nunca tivera adentrado a APS em Fortaleza.

A categoria **Inserção no Campo de Atuação** refere-se ao processo de chegada do profissional para atuação neste novo contexto de práticas na APS de Fortaleza. É uma categoria que reflete sobre os motivos que fizeram com que a (o) profissional ingressasse neste campo de atuação.

Os relatos dos sujeitos indicam que esta inserção se dá pelas seguintes formas: 1.1 – Por Identificação que o sujeito tem com a área de atuação; 1.2 – Por Acaso, sem que houvesse um direcionamento profissional; e 1.3 – Por Falta de Opção.

A subcategoria 1.1 foi decomposta em dois itens ou elementos de análise: 1.1.1 – *Interesse na área* e 1.1.2 – *Consequência natural da trajetória*. O primeiro item é caracterizado por uma opção pessoal em se inserir nesta nova área de atuação em que a (o) psicóloga (o) por questões ideológicas ou de identificação com o processo de consolidação do SUS resolve adentrar no campo das políticas públicas da Atenção Primária. O item 1.1.2 indica que a inserção ocorreu sem um direcionamento específico para a área, mas em decorrência da trajetória profissional que apontava para a atuação contra hegemônica de fortalecimento do sujeito dentro de um contexto social cujas implicações para o processo saúde-doença vão além dos apresentados pelo modelo biomédico.

A subcategoria 1.2 se divide nos seguintes elementos de análise: 1.2.1 *Sem procura efetiva* que se refere ao fato do profissional ter se inserido neste contexto de atuação casualmente, sem que houvesse uma busca direcionada para esta área. O elemento 1.2.2 *Desejo de ingresso no mercado formal de trabalho* indica que a inserção se deu numa perspectiva de atuar dentro do mercado formal de trabalho, independentemente do contexto de atuação nas políticas públicas da saúde ou não. Neste caso o ponto mais importante para a decisão de entrar neste campo de atuação foi possibilidade de uma contratação formal de trabalho e os benefícios decorrentes desta.

A subcategoria 1.3 *Por falta de opção* indica que não houve outro motivo para a inserção senão a possibilidade da conquista de um emprego sem que houvesse algum tipo de problematização acerca da atuação.

Verifica-se através das falas dos sujeitos que os motivos pelos quais se deu a inserção neste campo de atuação apresentam uma grande diversidade: Duas psicólogas afirmaram ter entrado para atuar na APS por se interessarem pela área ($\Psi01$ e $\Psi10$). Em consequência da trajetória profissional ou acadêmica foi mencionada por quatro entrevistadas (os) ($\Psi02$, $\Psi03$, $\Psi04$ e $\Psi09$); duas outras (os) entrevistadas (os) revelaram que o ingresso neste campo de atuação se deu sem que tivesse havido uma procura efetiva ($\Psi06$) ou ocorreu por desejo de ingresso no mercado formal de trabalho ($\Psi05$) e duas psicólogas disseram que a partir de uma proposta de trabalho é que seu as suas entradas na área ($\Psi07$ e $\Psi08$), como podemos ver no quadro a seguir:

Quadro 7: Motivos de Inserção no Campo de Atuação

Inserção no Campo de Atuação	
Motivo	Trechos das Entrevistas
Interesse na área	<p><i>“Eu tava vendo algumas possibilidades. Tinha a possibilidade de ir pro interior, mas eu não estava muito interessada, mas eu iria se fosse o caso. Eu fiquei buscando alguma possibilidade no CAPS”. Ψ01.</i></p> <p><i>“Eu me identifico profundamente com a ideia do NASF. Sempre gostei de trabalhar em comunidade [...] quando eu recebi o telefonema pra participar da seleção eu disse: nossa, seria muito bom trabalhar 40h dentro de uma unidade de saúde, fazer o que eu já faço aqui melhorado. Vai ser muito legal”. Ψ10</i></p>
Consequência da Trajetória	<p><i>“Desde o meu primeiro trabalho que eu atuo na área da Psicologia Social Comunitária, que é uma área que eu sempre gostei [...] um dos meus desejos era trabalhar na saúde mesmo, apesar de eu ainda achar muito complicado essas separações que a gente tem”. Ψ02.</i></p> <p><i>“Eu fui trabalhar em outra área e abandonei a psicologia, mas tinha sempre um trabalho vinculado à saúde, a psicologia e a comunicação aí em 2008 eu comecei a retornar pra psicologia”. Ψ03.</i></p> <p><i>“A opção de estágio que eu fiz na universidade foi pela clínica e hospitalar e ainda antes de me formar surgiu a possibilidade do concurso [...]”. Ψ04.</i></p> <p><i>“Aí eu fui ser coordenadora de uma unidade básica [...] Foi o meu primeiro contato com o SUS. Depois fui pra um CAPS Geral no interior. Quando foi em 2009 surgiu a oportunidade de vir pro NASF”. Ψ09.</i></p>
Sem Procura Efetiva	<p><i>“Eu já tinha trabalhado com saúde ocupacional com abordagem preventiva dentro de uma equipe multiprofissional e estava num CRAS aqui em Fortaleza [...] infelizmente o salário do psicólogo na Assistência ainda é menor do que na saúde aí eu deixei o meu currículo na Secretaria de Saúde pra ver no que dava e fui chamada”. Ψ 06.</i></p>
Desejo de Ingresso no Mercado Formal de Trabalho	<p><i>“Eu trabalhava há 11 anos numa instituição filantrópica na parte clínica e pedi demissão e botei meu currículo em vários locais e na SEMAS, aí um mês depois ne chamaram na SMS”. Ψ 05.</i></p>
A Partir de uma Proposta de Emprego	<p><i>“[...] como todas as pessoas do NASF, foi por indicação. [...] olha, no início foi simplesmente a oportunidade. Foi eu ir trabalhar, foi a possibilidade de eu saber o que era e ir lá e atuar. A disponibilidade de atuar”. Ψ 07.</i></p> <p><i>“Eu estava buscando um emprego de qualquer maneira e através do conhecimento com uma pessoa, essa pessoa prometeu que ia arrumar uma coisa pra mim. Eu estava nesse aguardo esperando até que surgiu essa vaga”. Ψ 08.</i></p>

A partir dos relatos apresentados é possível verificar que apesar de alguns profissionais terem afirmado que a atuação nas políticas públicas de saúde fosse uma área com a qual se identificavam e em conformidade com suas trajetórias, um número bastante significativo respondeu ter optado por se inserir neste contexto de atuação sem que tivesse sido por um motivo aparente ou se deu apenas por falta de opção, a partir de uma oferta de trabalho.

O psicólogo Jefferson de Souza Bernardes (2010, p. 106) afirma que vários eventos tiveram impacto na formação das (os) psicólogas (os), dentre eles “as tentativas de articulação

com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica e a perspectiva da Saúde Coletiva”. Entretanto, esses acontecimentos se apresentam de forma tímida se comparados a outros cujos efeitos ainda podem ser percebidos atualmente na formação, como a própria história da Psicologia brasileira, marcada por uma formação que privilegia a formação técnica, de especialistas, predominantemente clínica, unidisciplinar, elitista, voltada para o individualismo e produtora de um profissional liberal.

Salienta-se que esta formação se ocorre dentro de um contexto sociopolítico e econômico vinculado inicialmente a uma lógica liberal e, posteriormente, ao final do século XX, encontra-se aliada a uma lógica neoliberal.

No caso da inserção de profissionais nesta nova área o que se percebe é que muito mais do que um novo campo de atuação, com perspectiva de criação de novos postos de trabalho para as psicólogas, trata-se principalmente “da transformação de tais profissionais em agentes de mudança a partir de um compromisso social perante o ideário do sistema de saúde e seus usuários” (DIMENSTEIN, 2001).

5.2 Conhecimento prévio sobre a atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS.

Quadro 8: Definição da Categoria “Conhecimento prévio sobre a atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS”

Categoria	Subcategoria
2 – Conhecimento prévio sobre a atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS	2.1 – Pouco conhecimento
	2.2 – Nenhum conhecimento

Nesta categoria são identificados aspectos apresentados pelas (os) entrevistadas acerca das informações sobre a práxis da (o) psicóloga no âmbito da APS. Divide-se em dois elementos de análise: 2.1- Pouco conhecimento e 2.2 - Nenhum conhecimento.

O contexto de mudanças históricas pelo qual o Brasil vem passando tem repercutido diretamente para a ampliação do campo de trabalho nas profissões da saúde, especialmente na APS, criando novos espaços como os NASF e os programas de residência multiprofissional que viabilizam a participação de psicólogas (os) no SUS. Diante disto o profissional se depara

com o despreparo histórico da categoria em atuar harmonizado com o processo de mudanças do contexto de atuação (NEPOMUCENO e BRANDÃO, 2011).

Neste sentido, o relato das (os) entrevistadas (os) corrobora com o fato de que estas praticamente desconheciam as políticas públicas de saúde na APS, dentre elas o NASF, até muito pouco tempo antes de ingressarem neste contexto de atuação ou até mesmo após este ingresso. Das (os) dez psicólogas (os) entrevistadas, oito ou não sabiam ou tinha muito pouco conhecimento sobre a atuação da psicóloga neste contexto, como se pode observar no quadro abaixo:

Quadro 9: Conhecimento da atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS

Conhecimento da atuação da (o) psicóloga (o) no contexto das políticas públicas na APS
Trecho das Entrevistas
<p><i>“[...]não, eu não tinha conhecimento. Eu fiquei buscando oportunidade no CAPS e não sabia nem o que era NASF”. Ψ 01.</i></p> <p><i>“Eu tinha bem distância dessa questão da saúde, mas eu sentia vontade [...] Até então eu tinha pouquíssimo conhecimento sobre o que era NASF. O que eu tinha era o conhecimento que na época da entrevista eu busquei ter, que ai eu fui atrás pra saber o que era. NASF era realmente uma novidade”. Ψ 02.</i></p> <p><i>“[...] sabia assim por cima. Sabia que era uma equipe multiprofissional ligada ao PSF e de colegas comentando sobre o que era o NASF”. Ψ 03.</i></p> <p><i>“Eu não me senti tão insegura quando eu cheguei porque eu já vim do CAPS, então teve esse gancho. Não foi muito diferente”. Ψ 04.</i></p> <p><i>“Eu tinha botado meu currículo na SEMAS (Secretaria Municipal de Assistência Social) aí me ligaram dizendo que eu tinha entrevista tal dia e tal hora aí eu fui e cheguei lá e era pro NASF, eu não sabia nada do que se tratava”. Ψ 05.</i></p> <p><i>“Eu não sabia do que se tratava mesmo. Olha, no início foi simplesmente a oportunidade. Foi eu ir trabalhar, foi a possibilidade de eu saber o que era e ir lá atuar. A disponibilidade de atuar”. Ψ 07.</i></p> <p><i>“[...] conhecimento nenhum. Nada, zero, zero, zero. Totalmente zero. Depois que eu comecei é que eu tive tempo de ir atrás pra saber o que era” Ψ 08.</i></p> <p><i>“[...]não sabia nada. Eu soube quando ela disse assim: tá tendo entrevista pro NASF, aí é que eu fui pesquisar. Eu já tinha ouvido falar da experiência de Sobral da Residência e porque eles implantaram o NASF antes daqui”. Ψ 09.</i></p> <p><i>“Tinha tido um convite pra trabalhar num NASF: olha tem uma coisa nova, o NASF no interior que pra mim era fora de cogitação, eu não quis nem saber o que era”. Ψ 10.</i></p>

O pouco conhecimento ou desconhecimento das (os) psicólogas (os) em relação às políticas públicas na APS e sua atuação neste contexto evidencia o fato de que há necessidade de se ampliar as estratégias de aproximação dos alunos de graduação às políticas públicas

sociais desenvolvidas no país, como forma de se garantir uma melhor preparação dos futuros profissionais de saúde para a atuação neste contexto.

O Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação e em parcerias com diversas instituições de ensino superior e secretarias municipais de saúde têm desenvolvido programas de ações intersetoriais para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), os Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade, dentre outros. Entretanto, percebe-se que estas ações ainda são tímidas se considerarmos a amplitude e a complexidade de ações que a APS exige, fazendo com que a necessidade de ampliação de medidas que garantam a aproximação se dê ao longo de todo o percurso profissional e de maneira mais abrangente.

Bernardes (2004) afirma que mais do que reformas precisamos de mudanças curriculares. Segundo o autor reformas nos currículos vêm acontecendo, entretanto, estas reformas alteram as matrizes curriculares sem, no entanto fazer modificações nas suas estruturas, o que impede de fato avanços qualitativos. Ainda segundo o pensamento do autor, as diretrizes curriculares atuais continuam a apresentar aspectos que marcam a forte ligação da formação em Psicologia com a lógica neoliberal:

A noção de competências e habilidades como herdeira das noções de matérias e disciplinas; a noção de perfis profissionais como herdeira das habilitações (forjada na década de 1970); a noção de ênfases curriculares como herdeira da Psicologia Aplicada.

O que se pretende discutir é que as mudanças sigam além das alterações nas disciplinas e nos currículos, mas que permitam um amplo processo de reflexão e mudanças no Projeto Político-Pedagógicos dos cursos de Psicologia, “que vão desde sua estrutura, objetivos, articulação com a comunidade envolvida, construção de um projeto coletivo e social em que se sustentam, além de outros pontos” (BERNARDES, 2004, p.185).

5.3 Desafios do Cotidiano de Trabalho

Quadro 10 - Desafios do Cotidiano de Trabalho

Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
3- Desafios do Cotidiano de Trabalho	3.1 - Desafios Ligados à Gestão	3.1.1 - Desconhecimento sobre o que são os NASF
		3.1.2 - Distribuição das equipes NASF no território
	3.2 - Desafios Ligados ao Trabalho em Equipe	3.2.1 - Integração dos saberes de diferentes disciplinas
		3.2.2 - Dificuldade de relacionamento entre as (os) profissionais
		3.2.3 - Dificuldades de integração entre equipe mínima e NASF.

A categoria **Desafios do Cotidiano de Trabalho** refere-se aos desafios e dificuldades apontados pelas (os) psicólogas (os) no desenvolvimento de suas ações na APS. De acordo com os relatos, estes podem estar relacionados à: 3.1 - à gestão política da saúde municipal de Fortaleza e às condições de trabalho da (o) psicóloga (o) e 3.2 - ao trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e em rede.

A partir dos relatos percebeu-se que a subcategoria desafios relacionados à gestão política da saúde municipal de Fortaleza e às condições de trabalho da (o) psicóloga (o) se divide nos seguintes elementos de análise: 3.1.1 - *Desconhecimento sobre o que são os NASF*, que se refere ao fato das equipes NASF terem sido implementadas na APS de Fortaleza sem que tivesse havido uma preparação junto aos profissionais de saúde para que estes entendessem a respeito da formação e atuação destas equipes de suporte as equipes de Saúde da Família; 3.1.2 - *Distribuição das equipes NASF no território*. Neste item os relatos apontam para uma realidade de distribuição equivocada das equipes no território, caracterizada por uma cobertura que vai de uma a quatro unidades de saúde por cada equipe NASF.

O trabalho em equipe dentro da ESF e em rede foi um ponto apontado como desafiador por parte das entrevistadas. Foram relacionadas dificuldades quanto: 3.2.1 - *à*

integração dos saberes de diferentes disciplinas; 3.2.2 - a dificuldade de relacionamento entre as (os) profissionais e 3.2.3 - as dificuldades de integração entre equipe mínima e NASF.

Quadro 11 - Desconhecimento sobre o que são os NASF

Desafios do Cotidiano de Trabalho: Desconhecimento sobre o que são os NASF	
Elemento de Análise	Trecho das Entrevistas
Desconhecimento sobre o que o que são os NASF	<p><i>“Nós profissionais tivemos uma semana de capacitação. Os postos não estavam preparados, como ainda não estão. É... assim, eles não sabiam o que era NASF. Eu te diria que de modo geral todos os profissionais não sabiam inclusive os de nível superior”. Ψ 01.</i></p> <p><i>“Não existiu preparação nenhuma!” Ψ 02.</i></p> <p><i>“[...] foi aí que eu me dei conta de que tem enfermeiro e médico sem saber pra quê que o NASF existe. Não existiu preparação de quem recebeu, não existiu preparação de quem veio, por que eu, por exemplo, fui selecionada, mas nunca participei de uma formação. Quando eu fui contratada nunca ninguém me chamou pra pelo menos explicar o que era aquilo, como é que eu devia trabalhar, como é que funcionava, quais eram as rotinas, como é que eu iria atuar, o quê que se esperava de mim, uma questão básica de contrato de trabalho. Quando você contrata alguém você espera alguma coisa dela”. Ψ 02.</i></p> <p><i>“Eu fui jogada aqui assim como as outras pessoas também chegaram dessa forma e as equipes também receberam dessa maneira, então foi meio complicado nesse sentido. Hoje é que eu acho que eu tô mais inserida nesse contexto, mas assim, tudo por minha conta, mas eu também não sei se eu tô agradando”. Ψ 02.</i></p> <p><i>“O NASF é uma coisa ainda assim [...] ninguém sabe pra que é que serve o NASF. E aí eu encontrei uma equipe muito acomodada, mas por conta disso também porque era uma equipe que ouviu em alguns momentos que era apoio ao PSF e ficava esperando que o PSF acudisse, ‘que eu estou precisando de você!’, não é? E o PSF que também não entendia o que eram aquelas pessoas e ficavam aqui esperando que as pessoas se movimentassem no sentido de dizer o que é que vieram fazer aqui, e aí ficava cada um no seu quadrado”. Ψ 02.</i></p> <p><i>“Assim, o que é que eu vejo no NASF. O NASF é um programa recente [...] pelo que eu fui entender, pelo que eu fui perguntar, fui investigar como é que tinha acontecido, o NASF foi uma coisa assim jogada. AS equipes não foram preparadas, como até hoje não são”. Ψ 02.</i></p> <p><i>“Os funcionários não entendem a política do NASF [...] a gente ouve muita piada do NASF não ter nada a fazer. Isso acaba desestimulando a gente enquanto profissional”. Ψ 06.</i></p> <p><i>[...] Aqui nessa regional nenhum médico ou enfermeiro tiveram alguma capacitação sobre o que é o NASF. Eu pelo menos quando eu entrei eu não tive nenhum tipo de capacitação, então eu tive que ir buscar pra mim”. Ψ 06.</i></p> <p><i>“O que eu faria se eu fosse gestora era uma capacitação para as equipes de Saúde da Família pra eles entenderem a proposta do NASF” Ψ 06.</i></p>

O quadro acima revela trechos das falas das (os) entrevistadas (os) no que diz respeito a um grande desafio apontado: o desconhecimento por parte das equipes de Saúde da Família

e de modo geral dos profissionais de saúde como um todo sobre algumas ações que tem como objetivo ampliar a abrangência e a diversidade das ações da Estratégia Saúde da Família, como o NASF.

Estas falas evidenciam o despreparo e a falta de planejamento que existiu por parte da gestão municipal no que diz respeito à implementação de estratégias importantes no processo de consolidação do SUS como o NASF e a Residência Multi. Apesar de terem sido executadas sob a responsabilidade de setores diferentes dentro da SMS, ficando a Residência Multi a cargo do Sistema Municipal de Saúde Escola e as equipes NASF sob os cuidados da Coordenação da Atenção Básica (CAB), ambos adentram ao território sem que tivesse havido o cuidado de preparar as equipes de saúde envolvidas e setores importantes da própria gestão que não compreendiam do que se tratavam tais equipes.

Questiona-se a habilidade e o compromisso da gestão em avançar com ações que são essenciais no processo de consolidação das políticas de saúde, principalmente as que dão suporte a Saúde da Família.

Neste caso específico, a inabilidade em fazer o planejamento e introduzir de maneira apropriada os objetivos e funções das equipes dos NASF para os profissionais de saúde, equipamentos sociais da área de abrangência das unidades de saúde, assim como garantir a parceria e o suporte dos Distritos de Saúde e Assistência Social das SER, tiveram impacto nas relações e no desenvolvimento das ações desenvolvidas pelo NASF que se são sentidas ainda hoje.

Ficou claro nas falas de algumas psicólogas (os) que a variável conhecimento/desconhecimento sobre o que são os NASF por parte dos integrantes das equipes mínimas e dos gestores das unidades de saúde repercutiu positiva ou negativamente na atuação das equipes NASF, constituindo-se desta forma em verdadeiro suporte para a Estratégia Saúde da Família e não num simples processo de transformação destas em policlínicas que disponibilizam serviços especializados em determinados dias da semana.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde cria diretrizes com responsabilidades para as três esferas de gestão do SUS, que cria “várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS” (BRASIL, 2007).

Observou-se pelos relatos das (os) psicólogas (os) entrevistadas que não existe nenhum tipo de suporte, preceptoria, acompanhamento dos processos de trabalho das equipes NASF senão somente com relação a questões administrativas ligadas a frequência, informes, divulgação de cursos, etc.

Neste sentido a Residência Multi atua em grande vantagem por terem suas equipes acompanhadas por dois profissionais (preceptor de território e preceptor de categoria) que problematizam o cotidiano de trabalho, facilitando os processos educativos nas unidades de saúde e nos territórios em articulação com as redes assistenciais.

Além deste acompanhamento processual que se dá aos residentes, existem os espaços de discussão de casos de difícil manejo, socialização das práticas entre equipes de unidades de saúde diferentes e o momento quinzenal onde todos os profissionais de uma mesma categoria se encontram para discutirem a atuação.

Um outro ponto de grande importância e que também ficou bastante evidenciado por praticamente todas as (os) entrevistadas (os) foi a maneira como a Coordenação da Atenção Básica distribuiu as equipes NASF por toda a cidade (Quadro 11).

O parágrafo 3º do artigo 4º da Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF determina que: “Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados” (BRASIL, 2008).

Das 10 psicólogas (os) entrevistadas (os) apenas uma exerce suas funções exclusivamente em uma unidade de saúde, as (os) demais foram distribuídas em equipes que dão cobertura que vão de dois a quatro Centros de Saúde da Família (CSF) (Gráfico 2). Vale salientar que a única psicóloga que atua em apenas um único CSF não se encontra lotada em nenhuma equipe do NASF, sendo esta uma profissional concursada de um outro município, estando temporariamente cedida para a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

As falas trazem a tona muitos aspectos negativos que se desencadearam em decorrência do desmembramento da atenção que se dá por as equipes terem que se dividir em várias unidades de saúde localizadas em territórios tão diversos, dentre eles a dificuldade de vinculação entre os profissionais das unidades de saúde as quais estão lotadas, redução da capacidade de criação de ações de promoção e prevenção à saúde, dificuldade de pactuação de cuidados com as equipes mínimas, inviabilização do desenvolvimento de atividades fora das unidades de saúde visto que a disponibilização dos carros oficiais destinados a estas tarefas seguem roteiro definido por dia específico da semana.

Percebemos ainda que estes eventos criam nas (os) psicólogas (os), assim como nos demais profissionais de saúde que compõem os NASF sentimentos de insatisfação e de impotência para desempenharem seus papéis como membros das Equipes de Saúde da família e na capacidade de se vincularem integralmente ao território de atuação.

Gráfico 2 - Distribuição das equipes NASF no território



Quadro 12 - Distribuição das equipes NASF no território

Desafios do Cotidiano de Trabalho: Distribuição das equipes NASF no território	
Elemento de Análise	Trecho das Entrevistas
Distribuição das equipes NASF no território	<p>“[...] Eu convivo com 3 realidades diferentes”. Ψ 02.</p> <p>“É só nesse posto que a gente tá dois dias, os outros é semanal. Se tem um feriado, se a gente fica doente, se o paciente que a gente tá acompanhando fica doente tudo quebra, então a continuidade do trabalho é muito pouca, não existe essa comunicação junto a equipe de PSF na verdade. Nessa lógica que seria a lógica do matriciamento ela não existe”. Ψ 03.</p> <p>“[...] essa divisão é como se a gente fosse ajudando um tiquinho aqui, um tiquinho acolá, que acaba fazendo com que a gente não se envolva direito. Não que a gente não se envolva porque a gente no serviço acaba que tem envolvimento mas a gente não tem uma continuidade dentro do serviço”. Ψ 03.</p> <p>“A preocupação era com o vínculo. De estabelecer o vínculo com a comunidade. Ainda hoje, vai fazer três anos em julho, isso está sendo estabelecido. Então ainda hoje o vínculo tá sendo firmado. Às vezes a gente tá numa Unidade X e tem um imprevisto e tem que vir pra outra e aquele dia já não foi mais pra aquele local. É bastante corrido”. Ψ 05.</p> <p>“No outro NASF que eu trabalhava era só em uma unidade, então a implicação nesse processo, a inserção é totalmente diferente. Então você ser visto diariamente você consegue formar aquele vínculo com aqueles profissionais e com o território”. Ψ 06.</p> <p>Como a gente acompanha 3 unidades aí fica quebrado. Ψ 06.</p>

A família como foco de atenção é uma das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo um dos pilares da Estratégia Saúde da Família, tendo sido organizado exatamente com a proposta de transpor o modelo hospitalocêntrico e curativista de atenção à saúde por um modelo sanitário, pautado no trabalho em equipe multiprofissional e integrado.

A multiprofissionalidade preconizada pelo Ministério da Saúde para a criação das equipes do Programa saúde da Família ainda nos anos 1990 e que busca a reorientação do modelo assistencial exigiu o esforço e grandes mudanças na prática assistencial dos profissionais envolvidos, os quais tiveram que assumir novos papéis sociais e buscar novos conhecimentos, com o propósito de buscar soluções para os problemas de saúde em nível individual e coletivo.

Durante as entrevistas com as (os) psicólogas (os) ficou claro o quanto tem sido desafiador para os profissionais das equipes uma mudança de atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade (Quadro 12).

Segundo Santos e Cutolo (2003, p.66), as dificuldades em se estabelecer um trabalho interdisciplinar dentro de uma equipe multiprofissional se dão “principalmente pela deficiência na formação acadêmica e profissional dos componentes desta, e também pela falta de perfil exigido para o exercício do atendimento integral e vinculado a uma população pré-definida territorialmente”.

Quadro 13 - Desafios relacionados ao trabalho em equipe

Desafios relacionados ao trabalho em equipe	
Elemento de Análise	Trecho das Entrevistas
Desafios relacionados ao trabalho em equipe	<p><i>“Na minha opinião o trabalho de equipe funciona bem dependendo do posto. Eu diria que o bom funcionamento é muito mais em relação a organização do posto”. Ψ01.</i></p> <p><i>“Os médicos mandam os encaminhamentos por escrito e às vezes já manda com o diagnóstico: depressão! Com os enfermeiros existe um diálogo maior, é mais Saúde da Família, sabe? Com os enfermeiros eu sinto uma proximidade maior”. Ψ01.</i></p> <p><i>“Uma parceria muito boa que tem é entre eu, profissional do posto e o CAPS Geral. Às vezes vai gente pra lá que a demanda não é de CAPS, né? Aí às vezes eles encaminham às vezes me ligam...”. Ψ01.</i></p> <p><i>“[...] as equipes solicitam bastante não só a questão das visitas, mas dos grupos que a gente participa junto com os médicos. [...] aqui a gente tem médicos especialistas em Saúde da Família, que é uma realidade difícil da gente encontrar. Já fizeram residência, são preceptores que fazem parte da Sociedade Brasileira de Medicina de Família. São pessoas interessadas realmente nesse trabalho, então é um outro olhar e uma outra atuação. É uma outra realidade. Aqui a gente trabalha realmente com as equipes, a gente tem um trabalho de grupo, o PSE nas escola funciona...”. Ψ02.</i></p> <p><i>“Primeiro a gente não tem esse contato todo com esse pessoal do PSF. Temos mais com os enfermeiros, mas é muito pouco porque eles têm que dá conta de programas extensos, como: saúde da criança; saúde do idoso; hipertensos; diabéticos, isso aqui e aquilo outro, campanhas de saúde, então o que eu penso é que a dificuldade que eu acho a pior de todas é a quantidade de área descoberta que ainda existe dentro desse ideal do SUS. Teria que ser integral pra coisa funcionar”. Ψ03.</i></p> <p><i>“Inicialmente eu estava mais disponível para fazer trabalhos mais próximos do NASF, mas acabou que a demanda foi surgindo, foi surgindo e eu tenho uma fila de espera que se eu olhar pra ela eu me desespero, apesar de que quando eu faço a triagem muitos não ficam, não são da conta da psicologia [...].Ψ04.</i></p> <p><i>“Todos os usuários que chegam pra nossa equipe (NASF) são encaminhados pela equipe de Saúde da Família. Como a gente não tem de fato o hábito de tá dialogando com os enfermeiros e com os médicos eles fazem um encaminhamento num papelzinho, aí o usuário chega pra gente com esse encaminhamento. Nós tentamos fazer esse contato pelo menos quinzenal [...] existe, existir existe, mas é um contato que não é diário. Ψ06.</i></p> <p><i>“O médico e a enfermeira fazem a triagem e daí o encaminhamento como se fosse um pequeno relatório: encaminhamos fulano de tal por isso e por isso, e aqui (no NASF) a gente também tem uma rede de encaminhamentos que são a UFC e a UNIFOR, no caso da clínica”. Ψ06.</i></p> <p><i>“A gente só não diz que atua separadamente porque a gente tem um contato muito grande com os ACS. Ele é o elo. A não ser eventualmente algum enfermeiro que chega pra mim [...] porque o tempo deles nas unidades é muito corrido. De manhã eles atendem puericultura, a tarde o Bolsa Família, então o tempo é muito contado. A demanda é muito muito grande!” Ψ06.</i></p> <p><i>“Eu estou aqui há 1 ano e 3 meses e tem médico que eu não conheço”. Ψ06.</i></p> <p><i>“[...] as equipes de Saúde da Família não tão trabalhando do jeito que é pra atuar, de uma forma humanizada, de uma forma acolhedora, de uma forma preventiva. O que a gente vê é uma policlínica”. Ψ06.</i></p>

Quadro 13 - Desafios relacionados ao trabalho em equipe (cont.)

Desafios relacionados ao trabalho em equipe	
Elemento de Análise	Trecho das Entrevistas
Desafios relacionados ao trabalho em equipe	<p><i>“Eventualmente um profissional de um posto de saúde ou outro vem e me chama e me diz que tem um caso específico pra minha área. E é só encaminhamento”. Ψ07.</i></p> <p><i>[...]algumas equipes, hoje em dia já melhorou um bocado, mas algumas equipes não queriam saber de nada da gente, não olhava, era como se a gente não existisse”. Ψ07.</i></p> <p><i>“Quem não é comprometido com a Saúde da Família, no sentido que tá no SUS, quem tá na lógica do biomédico dentro do SUS não quer saber de equipe NASF não, quer saber de atender aí manda pra casa, faça isso, faça aquilo, não consegue às vezes interagir médico com enfermeiro, fazem as coisas os dois cada um no seu ‘quadrado’”. Ψ10.</i></p>

Quadro 14 – Atividades Realizadas por Psicólogos (os) na APS

Lista das Atividades Realizadas por Psicólogos (os) na APS
<p><i>“A gente tem grupos e geralmente acontecem fora do posto porque muitos equipamentos sociais estão lá e fica mais fácil o acesso pra comunidade”. Ψ01.</i></p> <p><i>“capacitação técnica, cuidado com o cuidador. Fizemos o dia da fotografia onde criamos um estúdio fotográfico, levamos maquiagem, chapéu e gravata pra tirar foto e cuidar da autoestima do cuidador”. Ψ01.</i></p> <p>Apoio matricial: <i>“muito difícil de acontecer. Aqui mesmo às vezes dizem que vai ter, que o CAPS vem, mas toda vez que chega o dia tem um problema e as pessoas não puderam vir e aí nunca teve”. Ψ02.</i></p> <p><i>“A gente procura muito se inserir dentro dos grupos que já existiam do PSF, grupo de hipertensos, idosos e que aí a gente participava. A gente faz atendimento compartilhado”. Ψ03.</i></p> <p>grupos de cuidadores; atividades de relaxamento. Ψ10.</p> <p>grupos de idosos/; grupos de gestantes; visitas domiciliares; ginástica laboral. Ψ01.</p> <p>Programa Saúde na Escola.- PSE; Grupo de Hiperdia no CRAS e outro na comunidade; Sala de escuta: <i>“nenhuma pessoa sai sem atendimento do posto” . Ψ02.</i></p> <p><i>“Grupo de idosos na comunidade com a participação da comunidade garantindo semanalmente a quantia de R\$ 25,00 para o lanche” Ψ02.</i></p> <p>Palestras educativas na comunidade e nas escolas; grupo terapêutico; grupo antitabagismo; programa semanal na rádio comunitária; visitas domiciliares; matriciamento: mensal; inter consulta; acompanhamento do caso. Ψ05.</p> <p>Atendimento individual: <i>“A principal demanda que eu recebo é clinica.” Ψ03.</i></p> <p><i>“Quatro dias que eu fico no atendimento ambulatorial e participo de grupos e visitas quando solicitada”Ψ04.</i></p> <p><i>“Eles nos cobram muito essa questão do atendimento, mas nem todo posto nos dá essa opção. A unidade cobra” Ψ05.</i></p> <p>Atendimento infantil: <i>“crianças com questão de comportamento. Isso em todas as unidades é a maior demanda”. Ψ05.</i></p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões que nortearam essa investigação vão muito além da preocupação com a formação e atuação das (os) psicólogas (os) que atuam na APS de Fortaleza. Surgem da inconformidade, do desassossego, do desconforto, de muitos e muitos questionamentos. São reflexo de um sentimento de apego e estima por Fortaleza e nosso povo, do compromisso e da luta por uma sociedade mais justa e mais fraterna; da militância por um sistema de saúde forte e cujos princípios da equidade e integralidade se efetivem concretamente, apesar das adversidades que se apresentam constantemente numa cidade tão diversa e complexa quanto a nossa.

Apesar de Fortaleza ter reingressado ao regime democrático, após o longo período de ditadura que se instaurou no Brasil, elegendo em 1985 a primeira mulher para administrar a cidade com a proposta de um governo progressista, o que se viu nos dezesseis anos seguintes após esta administração foram governos marcados pelo populismo e fortes laços a oligarquias de muito pouco, ou nenhum interesse na reorganização socioeconômica que permitisse a construção de uma cidade mais justa e menos desigual.

Este período deixa marcas na cidade que até hoje podem ser sentidas em todos os aspectos. No que diz respeito à saúde, os reflexos ainda podem ser sentidos, mesmo tendo se passado oito anos de retomada de um projeto que, ao que parece, busca a reformulação dos planos de inclusão de uma maioria historicamente segregada rumo a uma cidade mais humana e em sintonia com os princípios fundamentais do SUS.

Baseado neste contexto pode-se compreender com mais propriedade aspectos importantes da construção da assistência à saúde na cidade após a criação do SUS, fortemente sustentada na lógica hegemônica do modelo assistencialista, hospitalocêntrico e biomédico, evidenciado pela expressiva marca de ter 10 hospitais municipais.

No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, o percurso da pesquisa nos faz perceber que a situação não é muito diferente, e que apesar de terem se passado somente três anos da inserção das (os) psicólogas (os) neste campo de atuação, podemos inferir com base nos dados da pesquisa que há muito a ser feito.

Como já dissemos anteriormente, a formação das equipes dos NASF se dá em meio a muitos boatos sobre possível prevaricação no processo seletivo de seus componentes e a possibilidade da gestão municipal ter que devolver recursos relativos à implementação das equipes NASF e Residência Multi. Isto fez com que ambas tivessem sido constituídas de

forma intempestiva, como única maneira de se manter os recursos já investidos pelo Governo Federal e com isso continuar mantendo boas relações com o Ministério da Saúde que já vinha alertando a gestão municipal sobre a possibilidade da retirada dos recursos em consequência ao descumprimento dos prazos de execução destas ações.

Estes fatos põem em xeque a credibilidade administrativa deste atual grupo que se encontra a frente da pasta da saúde na administração municipal, ao expor claramente uma incapacidade de ação frente a determinados acordos firmados.

Em 2006, com o intuito de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão que pudessem garantir a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população, o Governo Federal lança um conjunto de reformas a serem pactuados pelas três esferas de gestão (Federal, Estaduais e Municipais), que ficou conhecido como Pacto pela Saúde.

Faz-se, portanto necessária uma reflexão acerca da pactuação destes acordos que se dão a partir da necessidade de se garantir a execução de ações importantes, mas que muitas vezes se apresentam dentro do contexto da micropolítica como imposições que se convertem em obstáculos ao que inicialmente havia sido planejado.

No caso específico de Fortaleza, a forma como se deu a inserção das equipes NASF e Residência Multi nos territórios do município evidencia fragilidades nestas pactuações e o questionamento sobre as crenças e o posicionamento da gestão em relação à ampliação do cuidado na rede de serviços, visto que até maio de 2009 apenas médicos, enfermeiros e em alguns casos dentistas formavam as equipes de profissionais de nível superior na APS.

Vivemos numa sociedade em que a naturalização e hegemonização do modelo clínico ainda se constitui como referência não só para práticas como também para a construção do que Dimenstein (2000) define como “cultura profissional”.

Apesar do significativo processo de expansão da prática de várias profissões da área da saúde desde a década de 1980, o que se percebe em Fortaleza é uma realidade em que a maioria das categorias profissionais da saúde nunca tinha sido acessada por grande parte da população, dentre estas a Psicologia.

Estas questões apontam para o principal objetivo deste estudo, que foi *conhecer a prática das (os) psicólogas (os) que atuam na Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza*. Acreditamos que este ainda está por ser alcançado, sendo esta dissertação apenas um recorte que sem dúvida pode contribuir para o enriquecimento das discussões em torno deste tema. Encontramos em nossa trajetória e nas respostas das (os) participantes diversas formas de atuação que se constroem a partir de muitas variáveis.

De forma geral, as práticas elitistas que acompanham a Psicologia no Brasil mesmo antes de sua regulamentação ainda são a maioria do que se percebe como forma prioritária de atuação. O atendimento clínico individualizado ainda é “o carro chefe” do *quefazer* do psicólogo neste contexto. Acreditamos que estas práticas apontam para uma falta de apropriação das (os) psicólogas (os) do compromisso social da Psicologia.

Ao de *investigar as motivações das (os) psicólogas (os) para o ingresso na APS*, os relatos das entrevistas acerca do porque da inserção neste campo de trabalho nos faz inferir que isto se deu, principalmente, em consequência ao processo de saturação do mercado de trabalho para a atuação na clínica privada aliado ao significativo processo de inclusão de políticas públicas sociais como política nacional do Estado, que tem aberto postos de trabalhos para as (os) psicólogas (os), nunca antes registradas na história da profissão no país, conforme o relato da psicóloga:

“Eu pedi permissão pra fazer atendimento individual nas coordenações dos postos porque foi a única coisa que eu pude fazer. Foi o único caminho que eu encontrei pra trabalhar”(Ψ 07) Esta fala que parece ainda retumbar no ar, exige de todos os envolvidos uma reflexão que se traduza em modificações significativas na formação e atuação das (os) psicólogas (os) no contexto as saúde pública, e em especial na APS.

Visto que a atuação das (os) psicólogas (os) é reflexo de suas formações profissionais, buscamos *conhecer o processo formativo das (os) psicólogas (os) que atuam na APS de Fortaleza*.

Neste sentido os resultados evidenciam a descontextualização entre a formação acadêmica em Psicologia e a atuação no campo da Atenção Primária à Saúde. Pode-se perceber claramente uma grande lacuna na formação, no que diz respeito aos modelos de intervenção com base no contexto em que vivem os usuários das unidades de saúde assim como dos objetivos das políticas de humanização sintonizados com os princípios do SUS. Segundo Oliveira et al (2009, p.80),

Embora a clínica perpassasse toda a formação universitária, e o trabalho no campo da saúde proponha ações que têm em sua base uma perspectiva diferente da utilizada pela clínica tradicional, é nela que os psicólogos se apoiam ao sentir as dificuldades de trabalho neste novo local.

Esta pesquisa vem corroborar o que temos observado em nossa prática no que diz respeito às necessidades de modificações curriculares de impacto na formação de profissionais comprometidos e alinhados com os princípios e diretrizes do SUS.

Por intermédio da nossa participação na disciplina de Práticas Integrativas I assim como na de Teorias e Práticas em Psicologia Social III pudemos perceber a importância da aproximação dos estudantes ao campo de atuação.

Por fim, as atividades desenvolvidas pelas (os) psicólogas (os) nas unidades de saúde e território de abrangência em que estão lotados revela que apesar das (os) profissionais estarem empenhadas em realizarem atividades que fujam da lógica do atendimento individualizado e dentro da unidade de saúde e estas já realizarem atividades “extra muro” com foco na prevenção de doenças, promoção da saúde e no fortalecimento de laços com a comunidade, acreditamos serem ainda práticas muito tímidas frente a um campo tão amplo e com tantas potencialidades. A ousadia e a criatividade reivindicadas por Dimenstein (2009) pelo que podemos perceber através dos relatos sobre estas atividades ainda são muito acanhadas sendo, portanto, fundamental a problematização do cotidiano de trabalho da (o) psicóloga (o), para que sejam exploradas essas possibilidades que permitam a diversificação das possibilidades de atuação.

A prática dos encaminhamentos feitos pelas equipes mínimas em detrimento das ações coletivas como a construção de projeto terapêutico singular ou de enfoque na clínica ampliada e compartilhada ainda são procedimentos isolados, ocorrendo na maioria das vezes por profissionais. Isto faz a atuação do NASF caminhar na contramão do que deveria ser suporte para as equipes de Saúde da Família e se configura como uma rede secundária dentro da APS, reforçando o modelo hegemônico do atendimento especializado e das policlínicas.

Acreditamos ser fundamental importância ações que vislumbrem a práxis libertadora, propagada e difundida pela Psicologia Comunitária e pela Psicologia da Libertação no intuito de se combater as estratégias de dominação hegemônica.

Concluindo, esperamos que esta pesquisa possibilite uma reflexão acerca da atuação profissional das (os) psicólogas (os) que atuam na APS, contribuindo para o campo da saúde pública, para a formação da (o) psicóloga (o) e para o fortalecimento das políticas públicas sociais que impactam no processo de consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, A. K. A.; DIMENSTEIN, M. D. B. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21 – n. 2, p. 319-336, Maio/Ago. 2009.
- AQUINO, C. A. B. Reflexões sobre a precarização laboral: uma perspectiva da psicologia social. In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2005, São Luis. **Anais...** São Luis: UFMA, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BERNARDES, J. S. 2004. **O debate atual sobre a formação em Psicologia no Brasil - permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social - PUCSP, São Paulo, 2004.
- _____. A Psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **A Psicologia em Diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz. 1990. **Representações Sociais dos moradores do Novo Gama e Pedregal**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1990.
- BRANDÃO, C. R. **Repensando a pesquisa participante**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2001. 252p.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- _____. Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia: profissão de muitas e diferentes mulheres**. Disponível em: <http://mulher.pol.org.br/apresentacao>. Acesso em 30 abr 2012.
- _____. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em 14 jun 2012.
- _____. Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 ago. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf Acesso em 19 jun 2012.
- CASTRO, A. E. F.; YAMAMOTO, O. H. A Psicologia como profissão feminina: apontamentos para estudo. **Estudos de Psicologia. Natal**, v. 3, n. 1, p. 147-158, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a11v03n1.pdf>. Acesso em 20 jul. 2012.

CHAVES, G., VELOSO, P. e CAPELO, P. **Ah, Fortaleza!** Fortaleza, Terra da Luz Editorial, 2006.

COSTA, Maria Clélia Lustosa. 2012. **Le discours hygiéniste et la mise en ordre del espace urbain de Fortaleza, au Brésil.** Tese (Doutorado em Geographie, Amenagement, Urbanisme) – Universite Sorbonne Nouvelle - Paris III, Paris, 2012.

_____. A Cidade e o Pensamento Médico: uma leitura do espaço urbano. **Mercator**, v.1, n.2, 2002, p. 61-69.

DIMENSTEIN, M. D. B, O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

_____. Conversando com o psicólogo. Sem medo de repensar. Entrevista. **Psi Jornal de Psicologia**. CRP – SP, São Paulo, n. 161, jun./jul., 2009. Disponível em: http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/161/frames/fr_conversando_psicologo.aspx#. Acesso em 20 jul. 2012.

EGLER, T. T. C. Exclusão e inclusão na sociedade do conhecimento. **Cadernos IPPUR/UFRJ**, 2001/2, 2002/1 Planejamento e Território Ensaio sobre a desigualdade, v. 1, p. 363-380, 2002. Disponível em: http://www.espaco.ippur.ufrj.br/textos/Exclusao_%20e_%20inclusao_%20socioed_do_conhecimento.pdf. Acesso em: 19 mar 2012.

FOUCAULT, M.; MACHADO, Roberto. **Microfísica do poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005, 295p.

_____. **História da sexualidade, 1:** a vontade de saber . Rio de Janeiro: Graal, 2010. 176p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>. Acesso em 22 jun 2012.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. D. B. Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos Saberes e Poderes na Atualidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 31 (2), 296-313, 2011.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDÃO, I. R. Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: Caminhos Percorridos e Desafios a Superar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.31, n.4, 2011, p.762-777.

OLIVEIRA, I. F., et al. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, v.9, n.17, p. 71-89, jan-jun, 2004.

PONTE, S. R. *Fortaleza Belle Époque*: reformas urbanas e controle social (1860-1930). 3.ed. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/Multigraf, 1993.

SANTOS, M. e SILVEIRA, M. L. (2001) - **O Brasil** – Território e sociedade no início do século XXI, Editora Record, Rio de Janeiro.

SANTOS, M. A. M. e CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

TAVARES, M. G. P. A crise e a precarização do trabalho do psicólogo. In: Seminário: A influência da crise do capitalismo no mundo do trabalho: contribuições da Psicologia, 2012, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: CRP-MG, 2012.

YAMAMOTO, O. H.; SILVA, J. A. J. S. N.; ZANELLI, J. C. A formação básica, pós-graduada e complementar do psicólogo no Brasil. In: BASTOS, A. V. B e GONDIM, S. M G. **O trabalho do psicólogo no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANEXO I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Endereço: Av. Universidade, 2995 - Benfica - CEP 60020-181.

Fone: (85) 3366-7661/7651

Fax: (85) 3366-7651

E-mail: emylios@gmail.com

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada (o) Colega,

Meu nome é Emylio César Santos da Silva e estou desenvolvendo minha pesquisa de Mestrado na área de Psicologia intitulada “**A Psicologia e as Políticas Públicas de Saúde: Um Estudo Sobre a Formação e Atuação da (o) Psicóloga (o) na Atenção Primária em Saúde no Município de Fortaleza-CE**”, sob orientação da Professora Doutora Zulmira Áurea Cruz Bomfim. A pesquisa tem como objetivo conhecer a prática e a formação dos psicólogos que atuam na Atenção Primária em Saúde do município de Fortaleza.

O presente estudo é relevante, pois permitirá conhecer a respeito da formação profissional e atuação do psicólogo, o que possibilitará reflexões sobre a práxis e possíveis implicações e possibilidades para a profissão. Cientificamente, a pesquisa justifica-se pela escassez de estudos a respeito da atuação do psicólogo especificamente no contexto da saúde pública do Sistema Único de Saúde.

Para que a pesquisa seja realizada, solicitamos sua permissão para realizar uma entrevista, com o objetivo de conhecer aspectos da sua atuação na Atenção Primária em

Saúde, como as atividades que realiza, cargo que ocupa, contrato de trabalho, tipos de pessoas com que trabalha e outras informações acerca de sua formação e atuação profissional.

A pesquisa não trará riscos aos envolvidos. Esperamos que esse estudo possa lhe trazer benefícios na medida em que terá a oportunidade de refletir a respeito de sua atuação como psicólogo. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC, localizado na Avenida da Universidade, 2995, Benfica, Fortaleza-CE, CEP 60020-181, através dos telefones (85) 3366-7661/7651, 8763-8963, do fax (85) 3366-7651 ou pelo E-mail: emylios@gmail.com.

ATENÇÃO: se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Bairro Rodolfo Teófilo, fone 3366-8344.

Asseguro que você não será identificada (o) e todas as informações por você fornecidas serão confidenciais, sendo utilizadas somente nessa pesquisa.

 Emylio César Santos da Silva
 (pesquisador principal)

 Zulmira Áurea Cruz Bomfim

Consentimento pós-informação

Eu, _____, fui esclarecida (o) sobre a Pesquisa acima mencionada e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de 2012.

Assinatura: _____.

Registro Geral (RG): _____.

ANEXO II



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DESENVOLVIDA JUNTO ÀS (OS) PSICÓLOGAS (OS)

Dados de Identificação:

Nome:

Instituição de ensino superior em que estudou:

Tempo de graduado:

Participação em Projetos de Extensão:

Estágios:

Formação complementar:

Especialização:

1. Qual o cargo que você ocupa e que tipo de vínculo empregatício possui?
2. Qual sua carga horária de trabalho? Quais os períodos em que trabalha?
3. Você exerce outra atividade como psicóloga(o)? Se sim, ela é remunerada?
4. Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária em Saúde?
5. Como se deu a sua inserção a este campo de atuação? Fale a respeito de sua trajetória profissional até trabalhar na APS. (Investigar se em algum momento a escolha pela APS foi um critério).
6. Como é para você trabalhar na APS? Você identifica diferenças em relação a outras organizações? (se existir experiência anterior em outros locais, pedir para falar a respeito das diferenças).
7. Quais as principais demandas que você atende? Como os usuários chegam até você?
8. Quais as atividades que você realiza:
 - a. na unidade de saúde e de que maneira elas são realizadas?
 - b. fora da unidade de saúde e de que maneira elas são realizadas? (verificar tipos de profissionais e usuários com que trabalha em cada atividade, se existem atividades que são realizadas regularmente e se realiza atividades que não são da área da Psicologia).
9. Considerando as subáreas clínica, escolar, organizacional, etc., qual é sua subárea de atuação predominante? Quais as outras subáreas em que atua?
10. Que disciplinas da sua formação acadêmica foram importantes para subsidiar a sua atuação na APS?
11. Como você percebe a atuação da (o) psicóloga (o) na APS?
12. Como se articula sua prática com a dos demais profissionais e serviços da Unidade?
13. Como você avalia a atuação profissional num ambiente multidisciplinar?
14. Que entraves você elencaria como significativos para uma atuação interdisciplinar nesse contexto da saúde coletiva?

15. Existe a participação de todos os profissionais de nível superior nas atividades de proposta multidisciplinar?
16. Existe mais alguma coisa que você queira falar a respeito da sua atuação como psicóloga (o) na APS?