# A FORMAÇÃO DOS PSICÓLOGOS E A SAÚDE PÚBLICA

# THE EDUCATION OF PSYCHOLOGISTS AND THE PUBLIC HEALTH SERVICES

Roberta Carvalho Romagnoli[1]

**RESUMO**

Esse artigo apresenta as questões levantadas na oficina "Trabalho do psicólogo com a família na saúde pública", realizada no I Encontro Regional Psicologia e Saúde Pública, da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP-MG, em maio de 2006. A partir dos trabalhos apresentados e discutidos constatamos que a Saúde Pública é um campo que o psicólogo necessita ocupar de maneira organizada e condizente com a proposta do SUS e do PSF, através de novas atuações que contemplem suas especificidades. Nesse sentido, problematizamos a formação do psicólogo para sustentar esse campo, enfocando o trabalho com famílias, criticando na formação dos psicólogos, a ênfase nos especialismos, a dificuldade de se trabalhar com grupos e o desconhecimento da realidade dessas famílias. O texto aponta ainda para o desafio da transdiciplinaridade. Conclui-se ser essencial discussões nessa linha, para que os psicólogos se insiram nesse campo e sejam capazes de práticas transformadoras e inventivas.

**Palavras-Chave:** Saúde pública, atenção primária, PSF, família, clínica social

**ABSTRACT**

This paper presents the questions discussed in the workshop "Psychology work with the family in the public healthy". The workshop took place on the I Psychology and Public Health regional meeting, of the Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (Brazilian Association of Psychology Colleges) – ABEP- MG, on may, 2006. With the basis on the studies presented in the workshop, it is possible to conclude that psychologists shall assume their positions in the field of Public Health, following the SUS and PSF proposals and bringing about new practices according to theirs specificities. In this sense, the paper questions whether the psychologist's education has been organized to support this professional practice. The paper criticizes the emphasis on specialization and points out that psychology courses needs to prepare students to work with families and groups within their social context. It emphasizes the challenge of transdisciplinar work and

[1] Psicóloga, Mestre em Psicologia em Psicologia Social pela UFMG, Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP, Professora Adjunto III do Departamento de Psicologia da PUC-Minas/ Núcleo Universitário Betim.

affirms that it is important to discuss the psychologist's education in order to better prepare them to work in the health area.

**Key Words:** Public health services, primary health care, family, social clinic

Este texto expõe teoricamente as questões discutidas no I Encontro Regional Psicologia e Saúde Pública, da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP-MG, realizado em Belo Horizonte, no período de 12 a 13 de maio de 2006. Essas oficinas regionais ocorreram em todo o país e foram organizadas pela ABEP em parceria com o Departamento de Gestão da Educação, do Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Sistema Conselhos de Psicologia. A temática geral do encontro foi "Diretrizes para a Formação em Psicologia e Saúde Pública: Fortalecendo a Presença da Psicologia no SUS", o que possibilitou aos participantes a oportunidade de discutir as necessidades, desafios e propostas da formação em Psicologia no país, no que se refere ao campo da Saúde Pública. O trabalho em Minas Gerais se deu através de mesas redondas e de oficinas, estas utilizadas como espaço de discussão e de produção, das quais participaram estudantes, professores, e profissionais de Psicologia, de várias partes do estado.

Como coordenadora da oficina "Trabalho do psicólogo com a família na saúde pública", inicialmente fiz uma pequena introdução acerca do Sistema Único de Saúde - SUS, do Programa de Saúde da Família e de sua articulação com a formação dos psicólogos. Em seguida, houve a apresentação de um trabalho selecionado pela comissão organizadora, e de um relato de experiência, indicado pelo Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais – CRP/04.

O trabalho exposto foi "Programa Cidadão em Exercício: experiência de Governador Valadares – Psicologia do Esporte e Saúde Mental." da psicóloga Silméia Martins Moreira[2]. Essa experiência é uma prática de reabilitação psicossocial fundamentada nos pressupostos da Psicologia do Esporte, na interface com a psicologia comportamental comunitária, realizada com os usuários do Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM da cidade. Esta é uma intervenção multidisciplinar cujo objetivo é promover a inclusão social de pessoas com transtorno mental, utilizando a prática de atividades físicas e esportivas como atividade e ambiente de apoio às práticas psicológicas e melhorando a condição de saúde dos pacientes (Moreira, no prelo).

---

[2] Psicóloga do Centro de Referência de Saúde Mental - CERSAM/Governador Valadares, especialista em Psicologia do Esporte pelo Instituto *Sedes Sapienteae*/São Paulo. E-mail para contato: cidadaoemexercicio@yahoo.com.br

O trabalho iniciou-se a partir de questões desenvolvidas na graduação, junto à comunidade, e foi criado em março de 2004. Os resultados observados com a implantação do projeto apontam benefícios à clientela não observados quando apenas sob tratamento tradicional, tais como: melhora na qualidade da saúde física e psicológica, integração social e afetiva entre os participantes, melhor manejo de auto-cuidado e nas habilidades de convívio familiar e social. Observou-se uma adesão dos pacientes ao projeto, embora ainda haja dificuldade na adesão das famílias. Fatores como a falta de recursos financeiros e profissionais na execução do projeto, são avaliados como aspectos que deverão ser superados para a ampliação do projeto e garantir sua sustentabilidade na oferta das práticas previstas em sua execução.

O relato de experiência apresentado foi "Psicologia e Saúde Pública: apontamentos sobre os novos desafios frente à estratégia Saúde da Família" da psicóloga Aparecida Rosângela Silveira [3]. Como preceptora em saúde mental da residência de dois (02) anos em Saúde da Família, da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, ela coordena dezesseis (16) médicos, dezesseis (16) odontólogos e dezesseis (16) enfermeiros, intervindo diretamente na realidade do norte de Minas Gerais. Embora ainda haja a demanda de um modelo tradicional de saúde, a autora trouxe uma nova proposta, dentro da formação em parceria com o município, evidenciando a necessidade de implantar cuidados primários de saúde mental em Programa de Saúde da Família – PSF.

Nessa experiência o trabalho com famílias é feito pelas profissões que integram a equipe, orientados pela psicóloga. Com relação a esses profissionais, a Psicologia acrescenta, além da formação específica de cada uma delas: a necessidade de acolhimento, a importância da escuta, o fortalecimento da unidade, a parceria no cuidado e a elaboração de planos de cuidado em conjunto com a família. Por outro lado, é efetuada também a estratégia de conferência familiar, em que os familiares são convidados a se manifestar acerca do atendimento e dos problemas encontrados, e possíveis soluções.

Essas duas atuações profissionais divulgadas no encontro nos fazem pensar na necessidade do psicólogo ocupar cada vez mais seu lugar na saúde pública, e, sobretudo, ampliar seus conhecimentos e suas intervenções com o grupo familiar. Com certeza, esse campo precisa de inserções mais organizadas e condizentes com sua especificidade. Para tal, é imprescindível discutir a formação desse profissional e até que ponto o conhecimento pode ou não subsidiar a invenção, pois, no nosso entender isso é o que essa inserção exige do psicólogo. Essas reflexões, levantadas na referida oficina, e

[3] Psicóloga, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais, Professora do departamento de Saúde Mental e Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. E-mail para contato: silveira.rosangela@uol.com.br.

discutidas no grupo, encontram-se apresentadas abaixo, discutidos teoricamente, de maneira mais aprofundada e sistematizada.

## A FORMAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NO PANORAMA DA SAÚDE PÚBLICA

Com a Constituição de 1988, presenciamos a mudança da concepção clássica de atenção à saúde, em nosso país, que se baseava em fundamentos assistencialistas e curativos, para uma visão que se sustenta em um conceito ampliado de saúde. Essa nova leitura estabelece uma relação direta entre saúde e condições de vida, e não mais com a ausência de doença, somente (BRASIL, 1988).

> *Ou seja, para se ter saúde é preciso possuir um conjunto de fatores como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. (...) Por outro lado, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde, mas com todo este quadro de determinantes* (CUNHA & CUNHA, 1988, p. 22).

No texto constitucional, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sem dúvida, essa mudança de paradigma traz consigo o desafio de sua execução. A viabilização do que foi exposto acima, requer a implantação e manutenção do modelo do Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse sistema, os três níveis de governo e o setor privado contratado e conveniado exercem ação conjunta com objetivo único. Além disso, esse sistema possui como princípios, a universalização, a eqüidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular. A universalização garante o acesso à saúde a todas as pessoas. A eqüidade é um princípio de justiça social, e busca tratar de maneira específica cada território, com o objetivo de diminuir as desigualdades, levando em consideração as diferenças de necessidades, e investindo mais onde a carência é maior. A integralidade implica em considerar a pessoa como um todo, integrando ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A descentralização e a participação popular são formas de concretizar o SUS na prática (CUNHA & CUNHA, 1988).

O SUS, em sua existência abstrata e legal atua como um elemento para a construção da cidadania. Todavia, esse sistema se constrói no cotidiano dos que apostam em uma mudança na saúde no Brasil, no dia-a-dia das suas equipes e dos seus usuários. Em um país detentor historicamente de um perfil assistencialista neste campo e marcado pela desigualdade social e pela grande apropriação privada da saúde pública, Cohn (1996) revela o risco dos serviços de saúde, na prática, continuarem centralizados, privatizados e distantes das necessidades reais da população brasileira, mesmo depois da implantação do SUS. Apesar desse modelo possuir como meta a superação do modelo

hegemônico vigente até então, sua introdução e fixação, de fato, não é simples, pois não necessariamente o que está instituído no plano abstrato se viabiliza na concretude das ações diárias.

Com o intuito de romper com o modelo assistencial de saúde que possui como esteio a atenção curativa, com postura medicalizante, verticalizada e individualista, ainda centrada na atuação do médico e com pouca resolutividade, foi criado o Programa de Saúde da Família – PSF. Esse programa foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, fundamentado nos princípios do SUS citados acima, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, que atua nos cuidados primários de saúde, e coloca o cuidado fora do hospital, mais perto da comunidade, focando suas ações no eixo territorial. Dessa maneira, esse programa corresponde a um campo de práticas e produção de novos modos de cuidado, aqui entendido como cuidados culturais – cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver de forma culturalmente sensível, congruente e competente. Esse programa pressupõe ainda a parceria com a família, para sustentar a nova proposta de saúde e melhorar assim, a qualidade de vida da população.

Segundo a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP (2006), no PSF, o atendimento é prestado pelos profissionais – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – que compõem as equipes de saúde da família. Essa equipe deve conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, cadastrando todos os grupos da sua área de abrangência, efetuando o diagnóstico de saúde dessa comunidade e estabelecendo ações e metas relacionadas aos principais indicadores de saúde. Essas ações e serviços devem visar o cuidado ao indivíduo como um todo, respeitando as singularidades de cada um, e devem também ser descentralizados, garantindo uma atenção próxima e de boa qualidade.

Infelizmente há, de fato, um desconhecimento acerca da realidade dessas famílias, como examinaremos a seguir, e que é muitas vezes mantido pelos próprios cursos que formam esses profissionais. Adentramos aqui em outra questão, a formação dos profissionais de saúde, que com certeza contribuem para isso. Feuerwerker (2003) ressalta que a produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços são elementos indissociáveis de uma nova prática. No campo da formação profissional, que escolhemos focar nesse texto, já há propostas orientadas pelas novas diretrizes curriculares e apoiadas pelo Ministério da Saúde. Essas propostas têm por objetivo formar profissionais atentos à realidade do nosso país. Nas palavras da autora:

> *Pretende-se com ela chegar a ter profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade. Pretende-se que a universidade esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a*

> *construção do sistema de saúde. Pretende-se também transformar o modelo de atenção, fortalecendo promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção de saúde* (FEUERWERKER, 2003, p. 25).

Focando essa discussão no campo da Psicologia, percebemos uma particularidade tanto no ano de 2006, quanto no que se refere à inserção dessa ciência na área da saúde. No ano de 2006 está ocorrendo um grande investimento do Ministério de Educação e do Ministério da Saúde para preparar os futuros psicólogos para trabalhar no SUS, em atendimento ao texto constitucional, como foi apresentado acima. Nesse sentido tanto há um movimento para que os cursos de graduação valorizem e invistam nesse tipo de formação quanto há um investimento na formação de promotores de modificações curriculares voltados para o SUS. Juntamente com isso, o Ministério de Saúde estabeleceu convênios com entidades responsáveis pelo ensino das profissões, para desenvolver ações coletivas para aproximar a educação do SUS, dentre as quais o encontro mencionado nesse artigo, que deflagrou essa discussão.

Por outro lado, a Psicologia possui uma especificidade com relação às outras profissões que integram os profissionais de saúde, pois não se localiza somente na saúde, mas também possui outras áreas como a educação, o trabalho, a comunidade, dentre outras. Todas essas dimensões possuem importância para a constituição da sua prática profissional, embora uma parcela significativa dos psicólogos atue na saúde. Ou seja, mesmo com essa diversidade de áreas de atuação, acredita-se que é necessário investir na formação para se trabalhar no SUS. Os argumentos que sustentam essa posição são:

> *(...) o SUS é um espaço de atuação de toda a psicologia, e não somente daquela voltada aos serviços de atenção direta à população; trata-se de uma forma importante de inserção da realidade brasileira nos processos educativos dirigidos à profissão; trata-se da inserção da formação e da própria formação na luta pelo desenvolvimento do SUS, isto é, insere a psicologia na luta do movimento sanitarista e convida os cursos de psicologia a incrementar suas atividades que buscam atender necessidades sociais relevantes* (HERTER, BOSCHI, SILVA NETO, & ARAÚJO, 2006, p. 413).

Embora essa necessidade seja pontuada, também percebemos dificuldades em sustentá-la na prática. Esses mesmos autores acima citados, nesse mesmo texto evidenciam que a formação dos psicólogos para atuar na área de saúde pública é uma das questões menos discutidas na Psicologia. Debater essas questões na própria formação é uma das possibilidades que se tem para explorar o que distancia o psicólogo inserido no campo da saúde, de uma verdadeira atuação transformadora, pois, não raro,

este se apresenta desinteressado, desmotivado, se sentindo incapaz e impotente de executar esse modelo de atenção, como foi colocado na nossa oficina de trabalho. Em uma tentativa de contribuir para essa discussão apresentamos algumas idéias a seguir.

## POSSIBILIDADES E RISCOS DA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA O SUS

Ao examinar a trajetória percorrida na organização do sistema previdenciário brasileiro, Cohn (1996) evidencia um predomínio do setor privado em detrimento do setor público, gerindo interesses outros que não os da população. Essa afirmação nos conduz a pensar que, de certa forma, o mesmo acontece na formação dos psicólogos brasileiros pelas universidades. Somente a partir da década de oitenta é que ocorrem concursos na área pública em nossa profissão que nasceu no Brasil marcada como uma atividade liberal. Conforme Campos (1992), historicamente, essa ciência fundou-se, no país, e em Minas Gerais a partir das áreas da clínica e da educação. A clínica floresceu junto às classes mais favorecidas, associada ao modelo médico tradicional. Nesse contexto, as intervenções clínicas, geralmente são realizadas em consultório particular, para a elite, versando em torno da cura. Ainda somos formados dominantemente, dentro de uma proposta de clínica tradicional, dentro de uma formação clássica, o que nos deixa sem ferramentas teóricas, técnicas e críticas para atuarmos no SUS.

Até pouco tempo atrás, a área de saúde ainda era sinônimo de clínica tradicional, e se caracterizava como uma atividade centrada no indivíduo, cujos objetivos eram, principalmente analíticos, psicoterapêuticos e/ou psicodiagnósticos, fundamentando-se em uma concepção da clínica como um saber/fazer universalizado, associado a uma concepção de sujeito universal e a-histórico. Com a abertura política, em 1984, iniciam-se em nosso país, questionamentos dessa postura, que confrontam essa idéia dominante de clínica (ROMAGNOLI, no prelo A). Entretanto, é preciso frisar que essa ainda é a formação que os psicólogos recebem na graduação. Nessa perspectiva, podemos concluir " (...) não existe na Psicologia um ensino-aprendizagem voltado para a saúde" (HERTER *et al.,* 2006, p. 439), principalmente no modelo de saúde hoje vigente em nosso país.

Contudo, cabe ressaltar que, para a além da visão de uma clínica tradicional, encontra-se uma realidade processual e multideterminada. Reconhecendo esta pluralidade devemos direcionar nossas práticas para a promoção da saúde e a realização de serviços em conjunto com outras disciplinas, sobretudo na saúde pública. Dispostas a efetuarem trabalhos transdisciplinares, as equipes se defrontam com a urgência com que cada disciplina deve desenvolver-se, de maneira a poder articular-se com as outras para, então, formarem um anel de conhecimento do conhecimento, delineando um espaço "trans" de estudo e de aplicação. Essa proposta deve ser embasada no respeito mútuo e ter como meta a intervenção nessa realidade que sempre se localiza em certo lugar além de qualquer ótica estabelecida por qualquer ciência.

A transdisciplinaridade, de acordo com Passos & Benevides de Barros (2000), se sustenta em uma não separação da Psicologia em áreas e nem em polarizações antagônicas, se desvencilhando dos especialismos e das dicotomias. Para que esse espaço "trans" se efetue, é preciso que cada teoria, cada prática perca sua identidade. E que, nesse processo, seja criada uma zona de indeterminação entre elas, em que as fronteiras disciplinares se dissipem, para ocorrer algo no "entre". Dessa maneira, podemos afirmar que essa zona de indeterminação é oriunda da desestabilização das "certezas" de cada disciplina, necessitando ainda de uma relação de intercessão com outros saberes/poderes/disciplinas. Logo, essa perspectiva implica em uma diluição da relação sujeito-objeto, em um redirecionamento da relação teoria-prática, e insiste nas subjetividades em processo, no caráter de criação da intervenção. É no "entre" os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra forma de pensar.

Ao mesmo tempo em que essas idéias encontram-se cada vez mais presentes no cenário acadêmico e profissional, deparamo-nos ainda com um privilégio na formação de especialistas, que se fundamentam em modelos científicos clássicos bem elaborados em detrimento das ponderações relativas aos efeitos das suas atuações, e das questões ético-políticas que atravessam suas práticas. Essas reflexões são, no nosso entender, essenciais, uma vez que as aplicações de nossas cientificidades podem estar servindo a propósitos outros que não sejam o da melhoria das condições de vida, e tampouco de promoção de saúde. Focados somente em na produção de conhecimento e na transformação da realidade a partir de nossa opção teórica, podemos estar exercendo funções normativas e reguladoras.

Esse risco aumenta quando devemos trabalhar com as famílias, mesmo que indiretamente, como constata Donzelot (1980). De acordo com esse autor, foi nos séculos XVIII e XIX, que foi criado o setor chamado social, em que trabalhadores sociais da área da saúde, médicos, educadores, psicólogos, psicanalistas, psiquiatras, passam a intervir na família. De acordo com esse autor, foi na modernidade que assistimos à emergência de um governo através das famílias, baseado no saber desses especialistas e que provocou novas relações entre a esfera pública e a esfera privada, formando um novo domínio, cujo meio de ação é a família. Esse processo promoveu um deslocamento da família do campo sócio-político para o campo privado, afetivo, via a ativação de mecanismo de integração social exercido por este especialistas.

Baseando-se na análise do citado autor, acreditamos que esses profissionais qualificados podem exercer um poder normativo, tendo como meta a supressão de qualquer conduta estigmatizante, que escape à norma, focando-se somente na busca do bem estar privado em detrimento de um posicionamento político acerca dos efeitos de suas práticas. Embora atuando via diagnósticos, prescrições de tutela e formas de

tratamento, esse ramo de atividades, mesmo sem dar-se conta, tem como função a vigilância constante dos membros do grupo familiar, quer seja no que se refere à definição do que é normal ou patológico, quer seja no que se refere às medidas aplicadas para sanar as problemáticas por eles diagnosticadas.

Nesse sentido, desde sua criação, esse setor é responsável pelo ajuste de sua clientela ao padrão social. Detentores de um conhecimento sistematizado e coerente, esses agentes realizam tal processo mediante a adaptação das famílias ao modelo social vigente. Caso não ocorra a integração harmônica do grupo familiar, à sociedade, uma intervenção exterior deve ser imediatamente aplicada aos conflitos ou divergências no interior do referido núcleo. O trabalho social, apoiado no saber psiquiátrico, pedagógico, psicológico e psicanalítico passa, assim, a produzir discursos que "fabricam" a doença e seu tratamento.

Essa leitura encontra ressonância nas análises foucaultianas segundo as quais as relações de poder emergem indissociadas do saber. Essa coexistência de saber e poder faz com que discursos tidos como verdadeiros sejam ditos sobre algo produzido como objeto de saber, e atuando sobre a subjetividade. Essa nova tecnologia de poder tem como foco a vida dos homens e apresenta-se como positivo, no sentido de ser constitutivo, determinante, de participar ativamente da produção de modos de subjetivação, da elaboração do cotidiano das pessoas, sujeitando-as a verdades normativas que prefixam sua vida e as suas relações.

Neste embate em que a força dos *experts* se confronta com a fragilidade dos leigos, a família perde a legitimidade de criar seus filhos, e torna-se objeto de monitoramento por parte desses profissionais. A este processo, Lasch (1991) chama de "socialização da reprodução", definido aqui como a expropriação das funções parentais por agentes externos à família. Em um paralelo com a "socialização da produção", processo resultante da industrialização, em que o trabalhador foi expropriado de sua força de trabalho e colocado à mercê da indústria privada, o citado autor refere-se à socialização da reprodução em que os genitores foram expropriados da sabedoria acerca da educação de sua descendência. Esses dois tipos de socialização, tanto a da produção como a da reprodução, exercem ações de controle social, por intermédio da instauração de uma dependência passiva nos usuários de seus serviços profissionais especializados.

Acreditamos que as colocações feitas tanto por Donzelot (1980) como por Lasch (1991), conduzem-nos a reconsiderar os efeitos de nossas atuações profissionais, uma vez que podemos estar executando também intervenções reguladoras e mantenedoras do social vigente, ignorando o campo de forças que atravessa nossas práticas. Partilhando da mesma linha de denúncia, Raggio (1997) abarca, por sua vez, o viés ético dessas colocações. Disposto a analisar, não só a atuação do psicólogo, mas também as atuações das disciplinas sociais em geral, o autor concorda que a modernidade trouxe

consigo o controle de produção da subjetividade, via a criação e validação de um exército de técnicos e especialistas que são encarregados de dar uma orientação à vida dos seres humanos. Embora nas sociedades tradicionais, a religião exerce-se um papel central, submetendo a razão à fé, amparando-se no castigo e na punição divina para guiar a vida dos homens sobre a terra, com a modernidade e o advento da ciência, há a instalação do poder sobre o homem enquanto ser vivo. De acordo com Foucault (1999) esse poder pode ser chamado de biopoder, poder sobre a vida, e se sustenta nas formações discursivas das disciplinas e em suas respectivas práticas. Esse saber, por sua vez, na possui função necessariamente punitiva, mas, sobretudo de monitoração, convocando formas de existência. Instaura-se, portanto, uma nova lógica, a lógica do controle, que "(...) vai desde o controle da produção material, até ao controle da produção da subjetividade em si mesma" (RAGGIO, 1997, p. 52, Tradução nossa).

Essa nova lógica tenta incessantemente igualar tudo o que é diferente, resultando em uma normalização assídua do patológico, também presente na prática dos profissionais de saúde. Esses profissionais, de uma maneira geral, se distanciam dos trabalhos grupais e coletivos, insistindo em um enclausuramento dogmático da realidade, cuja complexidade torna-se negada e essa passa a ser domínio exclusivo e excludente de sua disciplina. Neste contexto, não raro assistimos a uma luta, no campo da Psicologia, entre teorias e vertentes que tende a desqualificar o que não se conhece, que insiste no corporativismo e nega a heterogeneidade e multideterminação inerente à realidade.

Logo, consideramos que os cursos de Psicologia devem estar atentos a formação de profissionais críticos e não somente técnicos, pois essa é uma das características necessárias para a sustentação do projeto do SUS e de uma atuação consistente no PSF. Ao pesquisar a atenção em saúde mental na atenção primária entre os moradores da zona norte de Natal, Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Morais (2005) salientam a dificuldade, de na prática, levar a cabo essa articulação. Apesar de a atenção primária ser um espaço privilegiado para as intervenções em saúde mental, exatamente por exigir práticas que se dêem dentro do princípio da integralidade, abordando a pessoa com um todo e rompendo com a dicotomia saúde/saúde mental, algumas dificuldades se interpõem na concretização desse modelo. Essa integração implica em grandes mudanças nas práticas de saúde institucionalizadas. Conforme os citados autores, o que vigora ainda é a lógica dos "especialismos", que interfere diretamente na construção de novas formas de cuidado. Além da fragmentação da saúde, que cada especialidade detém, que é tratada a seguir neste texto, há também a pressuposição de relações hierarquizadas de saberes e poderes, o que sustenta saberes instituídos, que por sua vez, designam quem é competente para cuidar de quem e do quê. Notamos portanto, que esse posicionamento dos profissionais em seu cotidiano de trabalho inviabiliza o modelo proposto.

Menos que um seguidor de verdades, o psicólogo deve ser um inventor de novas práticas, sem temer a não ortodoxia. Em um livro da coleção Saúdeloucura, que trata do PSF, Lancetti (1997) reúne experiências realizadas em São Paulo, em Minas Gerais, em Pernambuco e no Ceará, promovidas por profissionais de várias formações, que integram a equipe de saúde desse programa – psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde. As experiências demonstram a luta no campo pós-manicomial, em defesa da vida e da invenção. O PSF exige na atenção primária, a singularização da relação usuário/equipe, descentrando-a do médico, e sustentando a integralidade no seio de sua práxis. Cada experiência relatada na coletânea possui sua especificidade, mas tem em comum a invenção e a busca da integralidade, via a construção de diferentes metodologias que pressupõem mudanças e movimentos, em uma tentativa de capturar a processualidade da produção do conhecimento e da elaboração de intervenções, que não se dão em separação com o próprio estado da vida.

Lancetti (1997) destaca ainda a parceria das equipes de saúde mental e das equipes de saúde da família, como articulação para inventar novas práticas, e fundar uma outra clínica atenta à necessidades da comunidade e à produção social da subjetividade. Era preciso inventar e ainda é, uma vez que: "Todos, sem exceção, estavam aprendendo e capacitando-se em serviço, pois que ninguém era "formado" médico ou enfermeiro de família, e muito menos agente comunitário de saúde" (LANCETTI, 1997, p. 11). E, acreditamos, essa ainda é a realidade do profissional que atua no sistema de saúde.

Esses dois estudos nos fazem pensar até que ponto os cursos de Psicologia não mantém essa lógica dos especialismos e da relações de saber e poder apontados por Dimenstein *et al.* (2005) e não impedem a invenção indicada por Lancetti (1997). Essas situações nos fazem refletir acerca da própria formação dos psicólogos que vão atuar nesse sistema, sobretudo no que se refere ao conhecimento da família, para atuar com este grupo no PSF.

Em um programa de extensão em saúde mental em família, realizado em Betim na região metropolitana de Belo Horizonte, que tem por objetivo o atendimento clínico de famílias de portadores de transtorno mental, Romagnoli (2004) reflete acerca da dificuldade de sua implantação e sustentação. Essas dificuldades se dão na perpetuação do que já se conhece, na aversão ao trabalho com grupos e também no desconhecimento acerca das famílias atendidas.

A dificuldade para ousar é uma constante. Nosso profissional ainda é formado dentro de um modelo tecnicista, dentro de um ensino sustentado pela formação teórica dos professores, que de maneira geral transmitem o que sabem com se fosse a verdade acerca da subjetividade, desqualificando outras teorias e outras áreas. Essa formação é

centrada no curativo e em procedimentos e favorece atuações reducionistas e dogmáticas, impedindo a invenção pela desestabilização, como propõe a transdiciplinaridade.

Outra problemática que se apresenta na formação dos psicólogos para a saúde pública, em nosso entender, e também vivenciada nesse programa de extensão, é a dificuldade que esse profissional apresenta de se trabalhar com grupos. Infelizmente, observamos, a partir de nossa experiência profissional que trabalhar com famílias não é prática usual entre os psicólogos. Acreditamos que os trabalhos com grupos, além de se adequarem às altas demandas de atendimentos presentes nas instituições públicas, trazem consigo a possibilidade de intervenção direta na relação, a experiência com o coletivo e certa resistência ao individualismo exacerbado em que se encontra a sociedade contemporânea. Contudo, a clínica aprendida nos cursos universitários ainda é uma clínica individual, sendo desconhecida ou desprivilegiada a atuação com grupo, criando sérios problemas, principalmente na saúde pública, que como vimos, é um campo que exige novas metodologias.

O desconhecimento não é somente dessa modalidade, mas também da própria realidade das famílias que são atendidas (ROMAGNOLI, 2006). Surge aqui, no nosso entender, um dos primeiros empecilhos para abordar as famílias que o PSF se propõe a acompanhar. Como geralmente os membros da equipe pertencem às camadas médias da população, há uma tendência a comparar as famílias atendidas, em geral pertencentes às camadas baixas, a partir da família nuclear – modelo dominante das primeiras camadas. O que acaba por desqualificar as famílias usuárias da saúde pública. Vale lembrar que o termo "família" acaba designando agrupamentos sociais bastante diferentes entre si, não só entre camadas sociais distintas, mas mesmo dentro da mesma camada social. As famílias de camadas médias não são iguais às famílias de camadas baixas. Quando vistas como diferentes, as famílias de camadas baixas não são inferiores às famílias de camadas médias, mas sim possuem uma organização própria, regidas por lógicas distintas. Ignorar a particularidade de cada camada social, de cada grupo familiar pode levar a preconceitos e descréditos por parte do profissional que trabalha com famílias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não podemos nos esquecer que o sistema de saúde comporta diferentes atuações, trabalhando associativamente, em constante relação com o social, visando a atender a singularidade da comunidade em que está inserido. Esse modelo também não se dirige apenas ao tratamento, mas sobretudo à promoção de saúde. Nesse contexto, não basta convocar o psicólogo a acolher diferentes classes sociais e a estar inserido no campo de saúde, apenas. Isso por si só não garante nenhuma invenção. Pode inclusive servir para

a psicologização dos problemas e aprimorar os mecanismos de exclusão social, ao insistir no assujeitamento do usuário a um modelo clínico preestabelecido e inquestionável.

Acreditamos que a Psicologia deve cada vez mais atuar dentro de uma proposta de clínica social que implica em uma postura crítica e ativa, sustentando práticas éticas e libertárias (Romagnoli, no prelo). Essa clínica, conforme ressalta Benevides de Barros (2005) não sustenta o isolamento indivíduo *versus* social e nem a despolitização das práticas clínicas, e é detentora do poder de se desestabilizar no encontro com a alteridade, com o outro. É necessário pontuar é que não há, de fato a separação do SUS por um lado, com seus aspectos legais e institucionais e a produção de subjetividades por outro lado. Somos profissionais que nos inserimos sim em um sistema institucional, no caso, da saúde, mas há uma indissociabilidade entre nossas práticas e a produção de processo de subjetivação.

Analisando os textos produzidos na área da psicologia em meados do século XIX até a segunda metade do século XX, Duarte, Russo & Venâncio (2005) salientam os processos sociais presentes na sociedade brasileira que operam a favor da "individualização", mediante a "interiorização" de representação "psicologizadas" da pessoa ocidental moderna. Esses processos se relacionam ao individualismo, e são sustentados por saberes científicos, que visam a inserção do Brasil em valores individualistas. Essa lógica individual, de certa maneira ainda persiste em nosso meio, e não é adequada, a nosso ver, com os trabalhos no campo da saúde. É preciso insistir em uma lógica relacional em o que o determinante é a relação, o "entre". Lógica relacional que acolhe desestabilizações e que se liga a um determinado conjunto de forças, a movimentos. O campo da saúde pública é atravessado por fluxos diversos, coloca em associação distintas disciplinas, representações ideológicas e cenários sócio-políticos. É no cruzamento desses fluxos que surge a necessidade de criação, é na perturbação desses domínios que práticas são inventadas e que a transdiciplinaridade se dá.

Acreditamos nesse momento ser essencial a discussão acerca da formação, da atuação profissional e seus efeitos. Com certeza, os psicólogos têm potencial para se inserirem nesse campo e criar uma nova psicologia, que sustente a proposta de um novo sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE PSICOLOGIA – ABEP. (2006). **A estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/ESTRATEGIASAUDEDAFAMILIA.doc>. Acessado em 04/04/2006.

BENEVIDES DE BARROS, R. D. A psicologia e o Sistema Único de Saúde. **Psicologia e Sociedade***,* 17 (2), 2005, p. 21-25.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil***.* Brasília: Senado, 1988.

CAMPOS, R. H. F. Notas para uma história das idéias psicológicas em Minas Gerais. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 4ª Região. **Psicologia:** possíveis olhares, outros fazeres. Belo Horizonte: CRP, 1992, p. 13-61.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A. & ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996, p. 11-55.

CUNHA, J. P. P. & CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M. & OLIVEIRA JÚNIOR, M. (Orgs). **Legislação básica do SUS***.* Belo Horizonte: COOPMED, 1988, p. 13-25.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M.; SEVERO, A. K. & MORAIS, C *.* Demanda em saúde mental nas unidades de saúde da família. **Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade***,* 3 (5), 2005, p. 23-40.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias***.* Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DUARTE, L. F.; RUSSO, J. & VENÂNCIO, A. T. A. (Orgs). **Psicologização no Brasil:** atores e autores*.* Rio de Janeiro: Contracapa, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério de Saúde. **Revista da ABENO***,* 3 (1), 2003, p. 24-27.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: Foucault., M. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 285-319.

HERTER, M. L.; BOSCHI, M. F. L.; SILVA NETO, N. A. & ARAÚJO, T. C. C. F. Psicologia. In: HADDAD, A. E. *et al* (Orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na saúde**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006, p. 412-453.

LANCETTI, A. (Org.). **Saudeloucura7:** saúde mental e saúde da família. São Paulo, Hucitec, 1997.

LASCH, C. **Refúgio num mundo sem coração –** a família: santuário ou instituição sitiada?. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

MOREIRA, S. M. Psicologia do esporte na interface com a psicologia comportamental comunitária: alternativa de intervenção em prol da reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental. In: UNIÃO LATINO-AMERICANA DE PSICOLOGIA (Org.) **I Congresso Latino-Americano de Psicologia**. Resumos [Recurso eletrônico]. São Paulo: ULAPSI, no prelo.

PASSOS, E. & BENEVIDES DE BARROS, R. D. A construção do plano da clínica e o conceito de transdiciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 16 (1), 2000, p. 71-79. Disponível em: <http://www.scielo.br.>. Acessado em 15/06/2006.

RAGGIO, A. La violencia de la técnica y la técnica de la violencia. Notas acerca de la dimension ética de nuestras práticas. **Saúdeloucura***.* São Paulo: Hucitec, 5, 1997, p. 51-58.

ROMAGNOLI, R. C. Algumas reflexões acerca da clínica social. **Revista da UFF**., 18 (2), no prelo.

ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo. **Psicologia em Estudo***.* 11 (2), 2006, p. 305-314.

ROMAGNOLI, R. C. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. **Pulsional**, XVII (180), 2004, p. 71-80.

**CONTATO**

Roberta Carvalho Romagnoli

Endereço Eletrônico: robertaroma@uaivip.com.br ou robertaroma@uol.com.br

**CATEGORIA:** Relato de Experiência Profissional

Recebido em 06 de ago 2006

Aprovado em 15 de nov 2006