

# Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a Experiência de um Psicólogo em uma Residência Multiprofissional

## Role of Psychology in Family Health Strategy: the Experience of a Psychologist in a Multidisciplinary Residency

MATEUS DO AMARAL MEIRA<sup>1</sup>  
MARÍSIA OLIVEIRA DA SILVA<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente artigo teve como objetivo relatar a experiência vivenciada por um psicólogo numa Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na cidade de João Pessoa-PB (RMSFC). Para tanto, foi elaborado um relato de experiência com base nos dados registrados no diário de campo e através das observações realizadas por este psicólogo durante o período da Residência. Os resultados mostraram que foi possível contribuir com as equipes de maneira interdisciplinar, com atendimentos individuais breves, discussões e acompanhamentos de casos, interconsultas e ações no campo, o que possibilitou o matriciamento e algumas mudanças no processo de trabalho das equipes. As dificuldades estiveram relacionadas às descontinuidades no acompanhamento de alguns casos, ao afastamento da Unidade para realização de estágios durante a Residência e a sobrecarga e distância do serviço secundário de referência para psicoterapia. A experiência aponta para a necessidade da inserção da psicologia na Saúde da Família para além das suas práticas tradicionalmente clínica e individual, assim como, para o fomento de formas de sistematizar experiências que possibilitem a troca com outras experiências semelhantes.

### DESCRIPTORIOS

Psicologia. Saúde da Família. Internato e Residência.

### SUMMARY

This article intends to report an experience of a psychologist in a Multidisciplinary Residency in Family and Community Health in the city of Joao Pessoa, State of Paraiba. To that end, it was developed an experience report based on data recorded in a diary and field observations made by the psychologist during the period of residence. Results showed that it was possible to contribute to the teams through an interdisciplinary approach, with brief individual consultations, discussions and cases follow-ups, liaison and actions on the field, which allowed specialist orientation and some changes in the teams' work process. The difficulties were related to discontinuities in some cases follow-up, absence in the unit for internships during residency, and to overload and distance from psychotherapy secondary services. The experience points out the need for insertion of psychology in the family healthcare beyond its traditional individual and clinical practices, as well as for promoting ways to systematize experiences that allow the exchange with other similar experiences.

### DESCRIPTORS

Psychology. Health Family. Internship and Residency.

1 Psicólogo Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFPB.  
2 Profª Assistente do Departamento de Psicologia da UFPB, Preceptora do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade da UFPB.

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em nosso país, tem priorizado o conjunto de ações direcionado à Atenção Primária à Saúde (APS), sendo cada vez mais frequente a discussão sobre a participação e inserção de profissionais com distintas formações no campo da saúde e a incorporação e valorização das várias áreas do conhecimento no trabalho em saúde coletiva (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o principal objetivo de *apoiar* a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar a resolubilidade desta, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2010).

O correto entendimento da expressão *apoio*, que é central na proposta dos NASF's, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada *apoio matricial* (BRASIL, 2010). O apoio matricial se configura como um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, as equipes do NASF devem oferecer suporte à Estratégia Saúde da Família, no acompanhamento de casos assistidos pelas equipes, compartilhando e discutindo as experiências vivenciadas nos seus territórios. Esse compartilhamento deve-se dar sob a forma de co-responsabilização, podendo se efetivar através de discussões de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades, em atendimentos conjuntos e também na forma de educação permanente ou capacitação (BRASIL, 2006).

Entretanto, em virtude da formação tradicional na psicologia, a atuação profissional é predominantemente pautada por questões teórico-práticas limitadas às teorias terapêutico-curativas, com predominância da psicologia clínica, o que leva a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou a uma "psicologização" desse fenômeno. Tal representação e perfil predominante dos profissionais levam, muitas vezes, à simplificação e ao não reconhecimento da Psicologia como uma disciplina de relevância social e como uma área de conhecimento importante para a promoção da saúde coletiva (RONZANI, RODRIGUES, 2006).

Alguns autores como DIMENSTEIN (1998) e RONZANI, RODRIGUES, (2006) discutem a inserção do psicólogo na APS, apontando para as dificuldades encontradas por este profissional e argumentam que a mera transposição do modelo clínico tradicional nesse contexto e a formação deficitária para o trabalho na saúde

pública são graves entraves que limitam sua atuação nesta área. A necessidade de superação desses entraves tem gerado novos campos de saber e buscado ampliar a inserção da psi-cologia no âmbito da saúde.

Nessa perspectiva, visando superar essa inadequação e limitação da psicologia clínica clássica, observamos que, desde a década de setenta, algumas experiências têm sido criadas, buscando responder mais efetivamente às demandas por saúde da maioria da população. Dentre estas, destacamos as experiências e contribuições da psicologia social crítica, da psicologia social-comunitária e da psicologia institucional, uma vez que, ao considerarem a realidade concreta dos sujeitos, enfatizam a importância dos trabalhos em grupo, tais como, oficinas terapêuticas, terapias ocupacionais, arte-terapia, entre outros, privilegiando o compartilhamento de vivências, saberes e poderes entre os diferentes atores envolvidos. Destacamos, aí, as contribuições da educação popular, do materialismo histórico e dialético e da psiquiatria comunitária, embasada, também, na psicanálise, perspectivas essas, que tem reorientado as diferentes práticas *psi* no Brasil (CODO, LANE, 2006).

No âmbito da atenção mais individualizada e emergencial, observamos, em 1987, na USP, a criação de uma alternativa de atenção psicológica mais abrangente à população: o plantão psicológico ou, também chamado, de serviço de escuta psicológica (SEP). Este serviço surgiu, objetivando proporcionar uma escuta psicológica profunda e/ou emergencial àqueles que necessitam de uma assistência psicológica mais imediata e breve (MORATO, 1999). Esta é uma modalidade de atendimento desenvolvida pela Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), que tem como seu principal expoente o psicólogo Carl Rogers. Nesse contexto, ressaltamos a contribuição da ACP por enfatizar as qualidades da relação humana como fator mobilizador do crescimento e da autonomia dos sujeitos assistidos.

Nessa perspectiva, os sujeitos têm a possibilidade de experimentar de forma genuína seu sofrimento, cabendo ao psicólogo(a), por meio de uma escuta sensível e respeitosa, acompanhar, refletir e problematizar o sofrimento vivido pelos usuários, possibilitando, assim, uma melhor elaboração deste, o alívio e o enfrentamento das dificuldades apresentadas (MORATO, 1999).

Diferentemente das psicoterapias de longa e de curta duração, este tipo de atenção psicológica pode se resumir a apenas um encontro, exigindo do psicólogo, habilidade e discernimento para responder significativamente à demanda dos sujeitos no momento de sua necessidade (MORATO, 1999).

No esteio dessas propostas e tentativas de adequação da psicologia clínica no âmbito da atenção

primária à saúde foi criado, em 2004, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), o *Projeto Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Psicologia e Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré*. Esse projeto teve seu início quando uma professora e um grupo de estudantes extensionistas do curso de psicologia da UFPB integrantes do *Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF)* começaram a identificar uma demanda cada vez mais crescente por atenção psicológica na referida comunidade, ao passo em que percebiam a inadequação e insuficiência dos instrumentais teórico-metodológicos estudados na academia para responder a tal demanda. Desde então, este projeto tem propiciado um enriquecimento à formação dos futuros profissionais da psicologia, aproximando o ensino acadêmico da realidade social e ampliando o campo de atuação *psi* na atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Essas experiências, tanto as que enfatizam a importância dos trabalhos em grupo quanto as que estão no âmbito da atenção psicológica mais individual, assim como a formação na extensão popular, inspiraram a prática deste psicólogo durante o período da Residência. O SEP, especialmente, foi utilizado como uma estratégia de atuação e de inserção no processo de trabalho das equipes.

As experiências citadas evidenciam tanto as limitações da formação do psicólogo como as experiências já existentes que avançam na busca de superação dos limites teórico-metodológicos da psicologia clássica. Nesse sentido, entende-se como necessário o compartilhamento de práticas, nos serviços de saúde, que possibilitem o aprendizado a partir da própria experiência.

É frente a esse contexto de limitações e desafios, colocados à formação dos trabalhadores de saúde, que foi criada a Portaria Interministerial MEC/MS Nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Esta portaria dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, que tem como principal proposta a capacitação de profissionais para o trabalho em equipe, tentando abranger o conjunto de ações e serviços da atenção básica em saúde, visando humanizar a assistência e promover a integralidade da atenção (BRASIL, 2009).

O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política tem, por objetivo, possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS (BRASIL, 2006).

Foi, nesse sentido, criada a I Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC),

do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP). Esta Residência se constituiu como um espaço privilegiado de construção e de reflexão acerca do trabalho em saúde. Envolvendo uma carga horária de 60 horas semanais, os residentes desenvolveram atividades teóricas e práticas, tendo a oportunidade de vivenciar intensamente o cotidiano da Estratégia Saúde da Família. A proposta da Residência possibilitou ao autor um olhar e um agir reflexivo através da realização de ações de núcleo e de campo, ligadas especificamente à psicologia e/ou sendo de caráter interdisciplinar, junto com os colegas residentes e com as equipes.

Portanto, pretende-se, com o presente artigo, relatar a experiência vivenciada por um psicólogo numa Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na cidade de João Pessoa-PB. Este esforço se deu com o objetivo de se compreender mais profundamente a práxis vivida para praticá-la melhor e de compartilhar com outras práticas *psi* os ensinamentos oriundos desta experiência (HOLLIDAY, 2006; MINAYO, 2006).

Desse modo, o referido artigo compõe-se de um relato da experiência em que o autor discorre sobre seu processo de inserção na Unidade, expondo as dificuldades encontradas e as estratégias para superá-las. Tomou-se como base para este relato as observações realizadas e os dados registrados no diário de campo e narrativas produzidos pelo psicólogo. As atividades descritas aconteceram entre julho de 2009 e junho de 2011, período referente à duração da RMSFC.

## A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Para uma melhor compreensão da experiência vivenciada, consideramos importante situar o leitor acerca do processo de organização da RMSFC, nos diferentes territórios de sua abrangência. Nesse sentido, esclarecemos, que os 22 (vinte e dois) residentes participantes foram divididos em sete campos de prática na área urbana do município de João Pessoa e distribuídos por 3 (três) Distritos Sanitários. Em sua maioria, os residentes estiveram inseridos em Unidades Integradas de Saúde da Família (USF), cada uma com 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família (ESF).

Os núcleos profissionais que compuseram esta Residência foram: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Educação Física, sendo representados pelos Preceptores

(Professores da UFPB), Tutores (Servidores da SMS-JP, locados nos NASF) e Residentes.

### **O processo de inserção na Unidade Integrada de Saúde da Família**

A inserção dos residentes nos territórios se deu a partir de duas atividades específicas: a discussão de dois casos e a elaboração da cartografia dos territórios onde nos inserimos.

Assim, inicialmente, quando chegamos à Unidade, foram-nos repassados dois casos de uma das quatro equipes de saúde. Eram casos de difícil resolução elaborados pela própria equipe. O objetivo era que nós conhecêssemos a rede de saúde, refazendo o itinerário terapêutico que aquele(a) usuário(a) havia feito em busca de seu próprio cuidado. Essa atividade serviu mais para nos aproximarmos dessa equipe e termos um primeiro contato com os usuários, que, propriamente, para conhecermos a Rede de Saúde, experiência que fomos ter um ano mais tarde, com o estágio na Rede Secundária do Município.

Depois dos casos, realizamos o processo de cartografia, conhecendo o perfil epidemiológico e os determinantes sociais de saúde-doença do território. Esse foi um momento de bastante entrosamento dos residentes com as equipes, especialmente, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), que nos apresentaram os detalhes e as histórias de suas comunidades.

A cartografia se caracteriza como uma ferramenta utilizada para o diagnóstico e conhecimento do território, sendo um instrumento essencial para o planejamento e direcionamento de ações das equipes de Saúde da Família ou de qualquer outro trabalhador de saúde inserido nesse contexto (PEREIRA, BARCELLOS, 2006).

A partir desse momento da cartografia, o grupo de residentes multiprofissionais se fixou nessa Unidade, onde se manteve até o fim da Residência. O grupo era composto por quatro profissionais de diferentes núcleos: uma Farmacêutica, uma Enfermeira, um Educador Físico e um Psicólogo (no caso, este autor).

Tínhamos muitas dúvidas a respeito do que iria acontecer na Unidade e, também, do que já estava acontecendo: O que viemos fazer aqui? Por onde podemos começar? Será que estamos fazendo certo? O que os trabalhadores de saúde esperam de nós? E o que podemos oferecer? Essas eram algumas das questões que sondavam nosso imaginário.

Quando o processo da cartografia terminou, passamos a participar da organização do grupo de idosos da Unidade Integrada e desenvolvemos o que

chamamos de Projeto “Moranguinho”, numa escolinha, juntamente com duas dentistas e suas Auxiliares de Consultório Dentário (ACD's). Esse projeto surgiu a partir da leitura que fizemos da cartografia. Era uma das necessidades apontadas pelas dentistas. O objetivo do projeto era promover um hábito alimentar mais saudável entre as crianças do bairro.

Na realização desse projeto, fizemos várias articulações com a direção e com as professoras da escola e dividimos as turmas pelas séries, realizando atividades adequadas para cada faixa etária. Encenamos peças, teatro de fantoches, fizemos jogos educativos, piqueniques e ainda escrevemos cartinhas para os pais das crianças. Foi uma oportunidade que tivemos de realizar um trabalho de promoção da saúde, usando nossos saberes e criatividade em uma ação que tinha muito sentido para a equipe. Esta foi uma das principais atividades interdisciplinares que desenvolvemos juntos, enquanto grupo de residentes.

Por não haver práticas estabelecidas para nossos núcleos, alguma experiência anterior na Unidade que nos guiasse ou nos facilitasse a inserção, acabamos realizando, num primeiro momento, atividades e processos mais ligados ao campo da saúde coletiva. Esse dado reflete os desafios e inseguranças colocadas ao psicólogo, no contexto do atual modelo de assistência viabilizado pelo SUS (FRANÇA, VIANA, 2006).

Tentamos nos inserir no processo de trabalho a partir da estratégia do Acolhimento que as equipes vinham desenvolvendo. Esta inserção pelo acolhimento também tinha sido uma sugestão da Residência, à época em que estávamos estudando um módulo sobre o tema. Chegamos a nos dividir para essa tarefa, escolhendo duas equipes e ficando uma dupla de residentes em cada uma delas. No entanto, não conseguimos nos inserir nas equipes satisfatoriamente a partir da referida estratégia.

Acredito que a grande razão disso se devia ao fato de que, até então, estávamos planejando somente entre nós, residentes ou RMSFC, e não juntamente com as equipes. Pensávamos sobre como deveria ser um acolhimento ideal, mas não dialogávamos com os trabalhadores de saúde sobre como eles vinham realizando o próprio acolhimento ou como eles queriam realizá-lo. No momento mesmo de nosso planejamento, onde problematizávamos essas questões, discutíamos nossas dificuldades e criávamos estratégias de nos inserir no processo de trabalho, os próprios trabalhadores das equipes não estavam presentes, ou, se estavam, eram minoria. Somente depois de alguns meses de trabalho é que atentamos para a necessidade de planejar, cotidianamente, as ações *com* as equipes, não mais *para* as equipes.

Nesse sentido, cabe lembrar as reflexões desenvolvidas por AMATUZZI, (2008), que, fundamentando-se numa psicologia humanista e nos pressupostos da educação popular, advoga que a ação do psicólogo, partindo da realidade concreta vivida pelas pessoas, deve ser elaborada em conjunto com essas pessoas, de forma participativa. E mais ainda: que o conhecimento, assim, produzido, será mais completo e pertinente se ele puder, enquanto parte desse processo, contar com a colaboração efetiva dessas pessoas, num esforço conjunto de explicitação dos problemas e desafios de sua análise sistemática e de seu enfrentamento concreto.

Prosseguindo, no relato da experiência enfocada, recordo que até o começo de 2010, eu ainda não havia realizado quase nenhuma atividade específica da psicologia, exceto algumas poucas visitas, a pedido de alguns ACS's.

Todavia, percebia que havia uma expectativa por parte dos trabalhadores, a respeito do meu trabalho, em relação à necessidade do atendimento clínico. Parecia que enquanto não atendesse como psicólogo na Unidade, não estava fazendo muita coisa. As expectativas dos trabalhadores eram expressas de maneira clara, quando perguntavam: "O que vocês vão fazer agora? Como vai ser o trabalho de vocês?". E, também, de maneira hostil, como, certa vez, um trabalhador nos disse: "Você devia tá é atendendo aqui, isso sim!", negando outras atividades que eu vinha realizando com os colegas residentes. Esse comentário reflete o estereótipo que se tem do psicólogo, de ser aquele profissional que "atende" as pessoas, de forma isolada e individual. Atitude que retrata também o desconhecimento dos pressupostos preconizados para a atenção básica, onde as ações coletivas, interdisciplinares e educativas são muito enfatizadas (BRASIL, 2010).

É importante lembrar que nenhum trabalhador, além de uma enfermeira que fora Residente em Saúde da Família, havia tido a oportunidade de trabalhar com algum(a) psicólogo(a) junto à Equipe, nos moldes que estava sendo possível através da RMSFC. O que aumentava minhas expectativas em relação ao trabalho, deixando-me ora inseguro, ora instigado, com a possibilidade de sua realização.

#### **Delineando as ações e organizando o processo**

As ações e os processos de inserção na Residência eram discutidos nas preceptorias de núcleo (psicologia) e de campo (da saúde coletiva). Nas preceptorias de núcleo, juntamente com os outros dois psicólogos residentes e a preceptora, discutíamos a inserção da psicologia no Saúde da Família, as

diferenças e as semelhanças entre o caráter Político da Psicologia e sua dimensão Clínica. Receávamos produzir uma "psicologização" dos processos de saúde-doença na Unidade de Saúde, a partir do momento que começássemos a fazer escutas individuais, assim como imaginávamos que poderíamos ser muito sobrecarregado pelas equipes. Ao mesmo tempo, entendíamos que este aspecto clínico era uma das coisas que os trabalhadores mais precisavam e mais esperavam de nossa atuação como Psicólogo.

Na verdade, como já dito anteriormente, não havia muitos referencias sobre o papel da psicologia e sobre a atuação do Psicólogo na Saúde da Família, por isso, esse trabalho se tornava desafiador, original, rico, mas, também, por vezes, desgastante, cansativo.

A dificuldade de me inserir no processo de trabalho das equipes a partir do meu núcleo profissional começou a ser diluída quando eu resolvi atender, a partir de março de 2010, de maneira pouco planejada, alguns casos que me chegavam por alguns ACS's. Eu já tinha uma experiência com uma modalidade de atendimento que me parecia mais condizente com a realidade da Saúde da Família do que a psicoterapia tradicional de longa duração: o Serviço de Escuta Psicológica (SEP).

Comecei a ter um *feedback* positivo dos usuários e dos ACS's. Estes me diziam, depois de alguma visita, da melhora daqueles, que eu havia atendido. Passei a me sentir mais seguro e, a partir disso, percebi que podia organizar as escutas que estava fazendo. Escolhi um turno da semana para esses atendimentos e comecei a explicar aos trabalhadores qual era o objetivo daquele tipo de atenção psicológica.

Começar a ouvir as pessoas por esse tipo de serviço não respondia somente às expectativas dos trabalhadores, mas, também, às minhas expectativas, pois, além de me sentir mais útil, essa estratégia de atuação me possibilitou uma importante inserção nas equipes. O SEP representou a possibilidade de, trabalhando diretamente com o usuário, propor intervenções no interior das equipes, no processo de trabalho delas, onde se davam os descompassos e os desafios de um cuidado integral com o usuário.

Eu realizava, em média, três ou quatro atendimentos num turno e escolhi um dia da semana em que o corredor, onde ficava a sala, estava mais silencioso, sem tantos usuários aguardando atendimento médico ou de enfermagem. Usava uma agenda, que ficava comigo, para anotar o nome dos usuários, a hora do atendimento e que trabalhador (a categoria profissional e a equipe) estava me demandando aquele(a) usuário(a).

Em algumas semanas, a procura pelo atendimento foi aumentando, outros trabalhadores, como médicos e enfermeiras, já estavam encaminhando seus usuários. E

o “SEP”, já identificado pela sigla, ia se firmando como uma estratégia de minha atuação.

### Os desdobramentos do SEP

Aprendendo com a “experiência” e com o “mundo concreto”, como diria ROGERS, (1997) e FREIRE, (2011), respectivamente, fui respondendo, aos poucos, aos desafios colocados. Com o Serviço de Escuta Psicológica já instituído e reconhecido pelos(as) trabalhadores(as), eu escolhia alguns casos para discutir com a equipe sobre o que poderíamos fazer juntos em relação àquela pessoa ou àquela família. Estes espaços de discussão de casos foram muito proveitosos. Foram espaços de reconhecimento mútuo da capacidade de reflexão e de ação de cada trabalhador (a). O caso discutido trazia uma novidade, seja a partir de um tema levantado ou, simplesmente, a partir de outra forma de olhar a questão, o que sempre instigava a co-responsabilização da equipe em torno daquela pessoa ou família.

CHIAVERINI *et al.* (2011) nos coloca, numa recente publicação de um guia prático de matriciamento em saúde mental, que a discussão de casos permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que têm do caso.

Um aspecto muito positivo nas discussões de caso, que surgiu na nossa experiência, foi a possibilidade, em alguns momentos, de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais em relação ao paciente e sua situação. É importante ressaltar que as discussões eram realizadas somente com a equipe de saúde responsável por aquele indivíduo ou família, não abrangendo as quatro equipes da Unidade de uma vez, o que propiciava um clima mais seguro para o diálogo com os trabalhadores.

As visitas domiciliares que eu realizava com as equipes passaram a ter mais sentido, ou porque ficaram mais ligadas àquilo que havia sido discutido na equipe, representando, assim, um momento de continuação do Projeto Terapêutico Singular, ou porque o(a) usuário(a) não podia ou não queria vir ao atendimento na Unidade. Ambas as situações refletiam um papel ativo dos ACS's na avaliação da fragilidade do caso e no amadurecimento em relação à necessidade do uso ou não do SEP.

As avaliações que fizemos em torno do perfil da demanda que chegava para o atendimento psicológico (a grande maioria mulheres de meia idade) e a própria mobilização que se criava em torno de alguns casos

discutidos geravam a necessidade de buscar outros serviços especializados na rede de saúde ou na rede de assistência social. Nos aproximamos do Centro de Referência da Mulher (serviço que visa apoiar mulheres em situação de violência doméstica) e criamos uma parceria com o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), visitando os serviços, conhecendo os profissionais, convidando-os para ações na Unidade e discutindo casos conjuntamente.

Outra ideia que surgiu com uma das enfermeiras foi de fazermos juntos algumas interconsultas, como uma maneira de diminuir a demanda que chegava para o SEP e, ao mesmo tempo, de poder repassar um pouco do conhecimento técnico da escuta psicológica.

O SEP também nos abriu a possibilidade de realizar formação com os trabalhadores, em que discutimos vários temas relacionados à Saúde Mental: a Reforma Psiquiátrica, os modelos de Atenção Psicossocial, a História da Loucura, entre outros. Também chegamos a discutir sobre as atitudes facilitadoras (Empatia, Aceitação Incondicional e Autenticidade) que embasavam minha prática de escuta. Era importante explicitar esses conceitos e desmistificar a figura do psicólogo, fazendo com que eles também percebessem que, de alguma forma, já ouviam os usuários e poderiam ouvir melhor, sem que isso significasse ser psicólogo ou diminuísse a importância técnica de meu saber específico. Nesse sentido, observamos que o psicólogo também pode desempenhar um papel de educador na relação com as equipes de saúde.

O apoio matricial, como buscamos construir, constitui uma forma de trabalho que se aparta radicalmente do fazer tradicional do psicólogo. Implica um desprendimento: poder ofertar a uma equipe de trabalho multiprofissional, interdisciplinar, o conhecimento adquirido. Isso não significa que o parceiro da equipe vai reproduzir a formação acadêmica adquirida pelo psicólogo, mas com esse conhecimento, o outro pode dar conta de melhorar sua relação com o usuário, conseguir ouvir melhor e potencializar suas ações (CAMPOS, GUARIDO, 2010).

### O perfil de demanda e os encaminhamentos possíveis

No começo de cada atendimento eu costumava falar ao usuário o objetivo daquele serviço de escuta e seu caráter mais pontual. Dizia que poderia haver retorno, mas que não se caracterizava como uma psicoterapia, com atendimento regular. Caso identificássemos essa necessidade, eu poderia encaminhá-la(o) ao serviço de referência.

Alguns casos se findavam numa só escuta,

outros eu remarcava o retorno. Havia usuários que precisavam ou que já estavam tomando alguma medicação psicotrópica, então, era encaminhado para a consulta médica. Algumas escutas eram mais breves, só necessitavam de algumas orientações, outras eram mais profundas, mais demoradas. Às vezes, era necessário fazer a visita domiciliar, porque a escuta individual não era suficiente diante da problemática daquela pessoa. Outros poucos, eu cheguei a encaminhar ao serviço secundário para psicoterapia, embora este não tenha conseguido responder à necessidade das pessoas que encaminhei. O serviço de referência (Centro de Atenção Integral à Saúde) estava sobrecarregado para esta demanda e ainda ficava distante do território da Unidade, dificultando o acesso aos usuários.

As queixas mais recorrentes trazidas pelos(as) usuários(as) eram: crianças com queixa de agressividade na escola, adulto com depressão ou dizendo-se com síndrome do pânico, luto pela morte de parentes, dificuldades no casamento, sofrimento pela sobrecarga de trabalho, sofrimento por ser um(a) cuidador(a) de algum(a) parente e a violência doméstica contra a mulher. Esta última foi, até o momento em que parei de fazer os atendimentos, a queixa mais frequente. A maioria dos atendimentos eram realizados com mulheres de meia idade, casadas, donas de casa e/ou com trabalho externo. Acreditamos que essa grande demanda feminina no SEP era reflexo do caráter machista da sociedade e do fato de que, historicamente, a mulher vem assumindo o papel dos cuidados de saúde consigo e com a família. Os trabalhadores que mais me demandaram foram os Agentes Comunitários de Saúde, seguido pelos(as) médicos(as), e as enfermeiras.

#### **Dificuldades, limites e finalização do SEP**

Uma dificuldade que apareceu com o processo, foi que alguns usuários começaram a faltar aos atendimentos, o que nos levou a desenvolver uma estratégia de entregar um bilhete aos usuários ou aos seus ACS's, com data e hora da consulta. Isso diminuiu o absenteísmo.

Um dos principais limites do SEP foi que alguns casos precisaram de psicoterapia, mas não foi possível responder satisfatoriamente a essa necessidade, pois nem sempre foi possível ter horários fixos junto às equipes. As atividades externas da Residência (estágios em outros serviços, reuniões, etc.) faziam com que eu tivesse certa instabilidade no serviço. Essa experiência também demonstrava, por outro lado, a ineficiência da rede secundária de saúde para responder à demanda por acompanhamento psicológico mais sistemático.

Quando retornamos das férias, em janeiro de

2011, já depois de ter vivenciado o estágio na Rede Secundária, ainda mantivemos o Serviço de Escuta Psicológica. Em abril de 2011, ao retornarmos do Estágio Eletivo, resolvemos parar de fazer os atendimentos, pois precisávamos preparar nossa saída da Unidade e priorizar a confecção deste artigo, para a finalização da Residência.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na experiência vivenciada e discutida, observamos algumas possibilidades de contribuições da psicologia no âmbito da atenção primária à saúde. Neste contexto, foi destacada a importância do serviço de escuta psicológica como um disparador dos processos coletivos e de inserção do saber e da práxis da psicologia no trabalho em saúde. Além disso, o referido serviço também contribuiu para a minimização do sofrimento psíquico dos usuários da USF em questão.

As discussões de caso, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, a realização de interconsultas e a formação em saúde mental foram estratégias coletivas importantes na mudança do processo de trabalho das equipes. Assim como as atividades educativas de campo, como o projeto "Moranguinho" e a inserção no grupo de idosos.

Essa experiência aponta para a necessidade da inserção da psicologia na Estratégia Saúde da Família para além de seu aspecto historicamente clínico e individual. A prática que se estabeleceu aconteceu como parte de um trabalho em Saúde Coletiva que demanda, da gestão do cotidiano, saberes de várias ordens, portanto, com caráter interdisciplinar e até transdisciplinar (CAMPOS, GUARIDO, 2010).

Nesse contexto, destacamos a importância dos fundamentos teórico-metodológicos da psicologia social-comunitária, da educação popular freireana e da psicologia humanista rogeriana, no processo de construção da práxis do psicólogo, no enfocado âmbito de atenção à saúde.

Analisar a contribuição da Psicologia na Estratégia Saúde da Família a partir da minha própria experiência foi um desafio constante, visto que, sendo sujeito do próprio processo, busquei o equilíbrio entre distanciar-me do vivido e voltar a ele, para melhor analisá-lo. Os acontecimentos narrados, ainda vivos na memória, tomavam um sentido diferenciado, na medida em que tal experiência se recriava no processo de sistematizá-la.

Foi um aprendizado ter vivido, através da RMSFC, os tensionamentos do dia-a-dia no trabalho

em saúde, ter posto à prova meu saber específico e ter ofertado uma possibilidade de troca com os trabalhadores das equipes. Como diria CAMPOS, GUARIDO, (2010) viver o contraditório na prática *psi* da atenção básica e percorrer o caminho do consultório para este

amplo espaço social é abrir mão do trabalho protegido, de paradigmas técnicos estabelecidos e se lançar para um pensar psicológico que se torne possível sempre que as relações se construam.

## REFERÊNCIAS

1. AMATUZZI, MM. *Por uma psicologia humana*. 2. ed., Campinas: Alínea, 2008. 146p.
2. BRASIL. Decreto n.217, de Nov. 2009. Regulamenta a Lei n.1.077, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 13 nov. 2009. p.7.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 414p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde-Ministério da Saúde, 2010, 152p.
5. CAMPOS FCB, GUARIDO EL. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, MJP (Organizadora). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, 240p.
6. CHIAVERINI DH, GONÇALVES DA, BALLESTER D, TÓFOLI L F, CHAZAN LF, ALMEIDA N, FORTES S. Ministério da Saúde. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em / Disponível em: [http://pt.scribd.com/doc/59900001 /Guia-matriciamento-MS-JUNHO-2011](http://pt.scribd.com/doc/59900001/Guia-matriciamento-MS-JUNHO-2011) acesso em 02/07/2011.
7. CODO W, LANE S. *Psicologia Social. O homem em Movimento*. 13. ed., São Paulo: Brasiliense, 2006. 224p.
8. DIMENSTEIN MDB. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*. Vol.3, n.1, 1998, pp. 53-81.
9. FRANÇA ACP, VIANA BA. Interface Psicologia e programa saúde da família- PSF: Reflexões Teóricas. *Rev Psicologia, Ciência e Profissão*, 26(2): 246-257, 2006.
10. FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 50. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. 256p.
11. HOLLIDAY OJ. *Para sistematizar experiências*. 2. ed. Brasília: MMA, 2006, 128 p.
12. MINAYO M. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed, São Paulo: Ed. Hucitec, 2006. 406p.
13. MORATO HTP. (org.) *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: novos desafios*. 2. ed, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 436 p.
14. PAIM JS, ALMEIDA FILHO N. Saúde Coletiva: uma “Nova Saúde Pública” ou Campo Aberto a Novos Paradigmas?, *Rev. de Saúde Pública*, 32(4): 299-316, 1998.
15. PEREIRA MPB, BARCELLOS C. O território no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras de Geografia Médica e da Saúde*, 2(2):47-55, 2006.
16. ROGERS CR. *Tornar-se Pessoa*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 489p.
17. RONZANI TM, RODRIGUES MC. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicol. cienc. prof.*, 26(1):132-143, 2006 .
18. SILVA MO, GOMES AL, MEIRA MA, WIESE IRB. A Psicologia na Atenção Básica: desenvolvendo novas possibilidades de atuação. In: LUNA VLR, NASCIMENTO ZA. (Organizadoras). *Desafios da Psicologia Contemporânea*. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2010, 406p.

## CORRESPONDÊNCIA

Mateus do Amaral Meira  
R.Giácomo Porto, 300, apt. 903, Miramar  
58.032-110 João Pessoa – Paraíba - Brasil

## E-mail

mateus.am@gmail.com