

A atuação do psicólogo na promoção da saúde

Keli Lopes Santos
Bruna Ceruti Quintanilha
Maristela Dalbello-Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo: O Sistema Único de Saúde é compreendido como uma nova formulação política e organizacional que visa à prevenção de doenças e à proteção e recuperação da saúde. Fazem parte dessas ações aquelas voltadas para a promoção da saúde, orientadas para a melhoria da qualidade de vida. No âmbito da atenção básica, essas ações, muitas vezes, ficam a cargo dos profissionais psicólogos. O artigo analisa os desafios postos para atuação desses profissionais no desenvolvimento de suas ações, tomando como base o estudo de caso desenvolvido entre as unidades de saúde de uma região do município de Vitória-ES. A pesquisa se desenvolveu por meio de entrevistas com os psicólogos das unidades e com acompanhamento sistemático das ações. Observou-se que, apesar de ainda persistirem ações de caráter individual privatista, foi possível perceber um esforço na afirmação de uma nova postura entre os profissionais das unidades.

Palavras-chave: prática psicológica; promoção da saúde; Sistema Único de Saúde; saúde pública; atenção primária à saúde.

THE PERFORMANCE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE HEALTH PROMOTION

Abstract: The Single Health System understood as new formularization politics and of organization aims at to prevention of illnesses and the protection and recovery of health. They are part of these actions those directed toward the Health Promotion, guided for the improvement of the quality of life. In the scope of the Basic Attention, these actions, many of the times, are in charge of the professional psychologists. The article analyzes the challenges ranks for performance of these professionals in the development of its action, taking as base the study of developed case enters the primary care units (PCU) of a region of the city of Vitória-ES. The research if developed by means of interviews with the psychologists of PCU and with systematic accompaniment of the actions. It was observed that, although still actions of private and individual character to persist, were possible to perceive an effort in the affirmation of a new position enter the professionals.

Keywords: practical psychological; health promotion; Single Health System; public health; primary health care.

LA ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Resumen: El Sistema Único de Salud es una política de organización nuevos del formularization que tiene como objetivo prevención de enfermedades y protección y recuperación de la salud. Hacia parte de las acciones las acciones dirigido a la Promoción de la Salud dirigido para la mejora de la calidad de la vida. En el alcance de la atención básica, éstos acciones, muchas de los tiempos, están a cargo de los psicólogos profesionales. El artículo analiza los desafíos para el funcionamiento de éstos profesionales en el desarrollo de su acción, tomando mientras que la base el estudio del caso desarrollado incorpora las unidades de la salud de una región de la ciudad de la Vitória-ES. La investigación si está convertido por medio de entrevistas con los psicólogos de las unidades y con el acompañamiento sistemático de las acciones. Fue observado que, aunque las acciones inmóviles del carácter individual y privado a persistir, eran posibles percibir un esfuerzo en la afirmación de una nueva posición inscriben a profesionales

Palabras clave: prácticas psicológicas; promoción de la salud; Sistema Único de Salud; salud pública; atención primaria de salud.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma nova formulação política e organizacional para as ações de saúde de caráter público em nosso país. Esse sistema, consolidado na década de 1990, visa à reordenação dos serviços de saúde, que abrangem desde a prevenção de doenças, vigilância sanitária e epidemiológica, proteção e recuperação de agravos, até ações mais abrangentes, como as de promoção da saúde (PS). O SUS tem como princípios doutrinários: a universalidade, que implica o direito à saúde para todos os cidadãos; a integralidade, que pressupõe assistência integral e em seus aspectos biopsíquicos; a equidade, que impõe uma discriminação positiva de maneira a reduzir as desigualdades; e, finalmente, o imperativo de participação social, que objetiva aproximar os cidadãos do planejamento, da fiscalização e do controle dessa política pública (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Entre as ações especiais, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que prevê, dentre outras, estratégias de articulação transversais que procurem a equidade, a participação e o controle social na gestão das políticas públicas, por meio, preferencialmente, das unidades básicas de saúde (UBS) que operam sob a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007).

O enfoque coletivo e abrangente das ações de PS pode ser observado em suas prescrições, que buscam gerar

[...] qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, p. 19).

No âmbito da atenção básica, muitas vezes o profissional psicólogo é o responsável pela efetivação dessa política. Nesse contexto, são localizadas algumas dificuldades que podem ser apontadas para a realização de tais ações por esses psicólogos, como a concepção de saúde que norteia essas atividades. Uma concepção de saúde que a toma apenas como ausência de doenças pode levar a ações pontuais, visando evitar doenças por meio de mudanças de hábitos individuais. Quando a concepção de saúde excede o limite biomédico, abre-se espaço para práticas voltadas para o coletivo, comprometidas com a transformação do *status quo* e com a produção de sujeitos autônomos e solidários (CARVALHO, 2007). Essas práticas caminham no sentido de propiciar que as pessoas sejam capazes de criar normas para suas vidas, que estejam aptas a lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004). Em decorrência, organizam-se práticas que carregam em si o gene de uma reorganização do sistema, de maneira a ampliar os espaços de participação e o controle social da população sobre as ações de saúde, conforme previsto quando da conquista constitucional do direito à saúde (DALBELLO-ARAÚJO, 2005).

Ações e práticas constituem o que chamamos de PS neste artigo. São ações que levam em conta os sujeitos e suas famílias, as condições de trabalho e a renda, a alimentação e as possibilidades de lazer, como também convergem para a formulação de políticas pú-

blicas que possibilitem aos indivíduos e às comunidades a realização de escolhas em prol da saúde. Dessa forma, as ações devem buscar a autonomia dos sujeitos e das coletividades e procurar estabelecer possibilidades crescentes de saídas coletivas e solidárias para problemas que também são coletivos. Nesse sentido, essas ações são “intervenções sustentadas pela articulação intersetorial e de participação social voltada para a consecução do direito à saúde, operando ações que visem à melhoria das condições de vida” (PEDROSA, 2004, p. 618).

Na década de 1980, os profissionais psicólogos iniciaram uma aproximação mais intensa com as questões sociais (BOCK, 2007), inclusive no que se refere ao setor saúde (YAMAMOTO, 2003). Dimenstein (1998) afirma que o campo da assistência pública à saúde foi para onde se direcionou uma considerável parcela dos profissionais psicólogos, principalmente a partir do final da década de 1970, quando ocorreu uma ampliação da atuação profissional, por causa das próprias pressões do mercado de trabalho. Uma das vias pela qual se deu a inserção dos profissionais nesse setor, de acordo com Yamamoto (2003), foram as UBS. Desde então, é nesse cenário que muitos profissionais psicólogos têm-se inserido e, muitas vezes, são eles também os responsáveis pelas ações de promoção da saúde.

Segundo Bock (2007), é preciso considerar a tradição elitista e individualizante da Psicologia, que, no Brasil, se desenvolveu com uma íntima relação com a elite e com a função social, relacionada à promessa e à possibilidade de previsão do comportamento, por meio dos testes psicológicos. Gioia-Martins e Rocha Júnior (2001, p. 38) complementam, afirmando que “o trabalho de um psicólogo ‘clássico’ se apoia em um enfoque intra-individual, com ênfase nos processos psicológicos e psicopatológicos”.

A respeito da atuação dos psicólogos na área da saúde, Yamamoto (2003, p. 49) assevera que

[...] a intervenção do psicólogo tem, virtualmente, se resumido à reprodução do modelo clínico tradicional, [...] sem nenhuma problematização acerca da adequação desses modelos teórico-técnicos para as exigências do serviço de saúde [...].

De acordo com Dimenstein (1998), o psicólogo entra no setor público de saúde reproduzindo o modelo médico-assistencial privatista, quando este se encontrava em seu apíce, mas também em franco esgotamento. Tal modelo privilegia as práticas médicas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas, em detrimento da saúde coletiva. Ele organiza as ações de saúde para uma dada oferta de atendimento, nem se preocupando com a adstrição da clientela, nem com o compromisso em obter impactos sobre o nível de saúde da população, levando as instituições públicas a adotar o modelo sanitarista como forma complementar para atenderem às demandas de cunho coletivo (PALHA; VILLA, 2001). Segundo Dimenstein (2001, p. 59-60):

[...] a entrada do psicólogo nas instituições públicas de saúde, apesar de ter ampliado seu campo de trabalho, parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua atuação. Ou seja, não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas suas formas tradicionais de atuar. Daí, sua difi-

culdade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social.

Silva (1992) retrata um momento em que as ações individuais eram prioritárias às ações coletivas, por causa, sobretudo, da formação acadêmica dos psicólogos. Hoje é possível observar uma alteração nesse quadro, em razão das mudanças de características da formação acadêmica em Psicologia e pela disseminação de trabalhos e escritos sobre a inserção da Psicologia na atenção básica. No entanto, é preciso ficar atento às peculiaridades das atividades em grupo e das atividades individuais, pois o atendimento em grupo não garante coletivização das questões que ainda podem se localizar no interior dos indivíduos, assim como a assistência feita de maneira individual não pressupõe individualização destas.

É, entretanto, consenso que o modelo descontextualizado de clínica na atenção básica precisa ser superado, pois essa atividade lida com um ser a-histórico e abstrato. Segundo Bock (2007, p. 28), “[nós psicólogos] devemos estar atentos para nossos conceitos, criados e pautados em experiências das camadas altas da população branca, europeia ou americana de primeiro mundo”. Devemos salientar a importância das atividades em grupo para o fortalecimento de um coletivo, em tempos de primazia do individualismo. Assim, entendemos que, em grupo, novas formas de vida são produzidas a partir da vivência com o outro, com a troca de experiências, com a confrontação com o que difere, com o viver em comunidade.

Dessa forma, pressupomos que a construção de espaços coletivos deve constituir

[...] um sistema de relações mais autônomas que decorre do debate/ação entre cidadãos iguais de direito – composição ou aumento da potência de agir entre as pessoas e entre estas e os profissionais; afirmação daquilo que cada um pode singularmente em seus saberes/fazer valorados na experimentação dos bons encontros (ANDRADE, 2007).

Nesse contexto, analisamos, neste artigo, as práticas dos profissionais psicólogos nas unidades de saúde da família, de uma das regiões de saúde do município de Vitória-ES, especificamente no que diz respeito à sua atuação para a efetivação da PNPS.

Utilizamos, como base de análise, os dados obtidos por meio de pesquisa qualitativa, realizada pelas autoras, durante o Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), durante o período de agosto de 2008 a agosto de 2009.

O município de Vitória é o único do Espírito Santo no qual o psicólogo está inserido em, praticamente, toda rede básica de saúde. Das 28 UBS, 26 contam com a presença desse profissional (IGLESIAS et al., 2009; GUERRA; DALBELLO-ARAUJO, 2008), contratados por meio de concurso público, em regime de 40 horas semanais (VITÓRIA, 2006).

A pesquisa *Práticas psicológicas em promoção da saúde* (GUERRA; DALBELLO-ARAUJO, 2008) teve por objetivo mapear as atividades de PS realizadas em todo o município, de Vitória, a partir de entrevistas com os 28 diretores das UBS desse município, e constatou que a região de São Pedro, naquele momento, possuía maior quantidade e diversidade de ações enquadradas e qualificadas como sendo de PS. Essa região registrou 35 ações em

desenvolvimento, em suas quatro UBS, que atuam sob a ESF e contam com um profissional psicólogo (GUERRA; DALBELLO-ARAUJO, 2008).

Na região de São Pedro, residem parcelas empobrecidas da população; por isso mesmo, tem sido alvo, nos últimos 30 anos, de amplos investimentos sociais, como: urbanização, assentamento de famílias, saneamento básico, construção ou reforma de escolas, de UBS, da Usina de Reprocessamento de Lixo e, principalmente, a implantação de políticas públicas de geração de renda (FONSECA, 2003 apud CRUZ, 2007). Essa região se desenvolveu a partir da ocupação de áreas de mangue que serviam como lixão. Lutas pelo direito de permanência no local e, até mesmo, pelos direitos sobre a coleta do lixo foram travadas pelos moradores naquele território que já foi nomeado “Lugar de toda pobreza” (ALMEIDA; GOBBI, 1983).

Hoje, a região da grande São Pedro é composta por, aproximadamente, 28 mil¹ habitantes, e nela há uma unidade de pronto-atendimento e quatro UBS. Foi a primeira do município a implantar a ESF, em 1998, em razão das grandes dificuldades de acesso da população local à assistência médica (CRUZ, 2007); dois anos depois, todas as UBS da região funcionavam sob a ESF (FERREIRA, 2008).

Podemos, assim, afirmar que todos esses fatores contribuíram para a eleição dessa região como campo privilegiado de análises, intervenções e indagações.

Método

Realizamos um mapeamento detalhado, por meio de formulário próprio, das ações qualificadas como de PS realizadas nas quatro UBS. Para tal, utilizamos os dados do levantamento realizado em pesquisa anterior (GUERRA; DALBELLO-ARAUJO, 2008). Entretanto, verificamos que algumas ações citadas naquele ano já haviam sido finalizadas e novas estavam em andamento. Por esse motivo, uma nova listagem foi feita, com base em entrevistas com os quatro diretores e os quatro psicólogos das UBS, visando possibilitar a eleição daquela que seria acompanhada de forma sistemática.

As entrevistas semiestruturadas, dirigidas aos diretores, visaram investigar suas concepções sobre PS e verificar como se dava a participação do profissional de Psicologia nessas ações. As entrevistas direcionadas aos psicólogos também tiveram a finalidade de evidenciar o conceito de saúde que orientava suas práticas, elucidar seu cotidiano de trabalho, as ações que realizavam e aquelas que consideravam como de PS. Todos os procedimentos relativos à pesquisa de campo foram autorizados pela Secretaria de Saúde de Vitória e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ufes. Todas as entrevistas foram precedidas da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Do conjunto das ações em PS desenvolvidas pelos profissionais psicólogos, elegemos três – grupo antitabagista, grupo com agentes comunitários de saúde e grupo com mulheres – que foram acompanhadas e observadas em sua realização. O grupo com mulheres foi eleito para acompanhamento sistemático durante quatro meses, por aproximar-se da perspectiva de promoção da saúde que se apoia em ações de caráter coletivo.

¹ Fonte: IBGE/Censo 2000 – Sedec/DIT/INF.

O acompanhamento sistemático da ação ocorreu semanalmente, em espaço da própria comunidade, visto que a ação se desenvolvia nas dependências da Associação de Mulheres, sob coordenação do profissional psicólogo e do assistente social. Ao total, foram 14 encontros acompanhados entre abril e julho de 2009, com duas horas cada um, contabilizando 28 horas de observação. Além disso, participamos das reuniões de planejamento e avaliação da atividade, também semanalmente. As reuniões aconteceram antes e/ou depois da ação. A estratégia de acompanhamento dessas reuniões foi de extremo valor metodológico, pois permitiu um contato mais próximo com os profissionais, possibilitando melhor apreensão das concepções que embasavam suas práticas. Nessas ocasiões, foi possível realizar questionamentos quanto às atividades, contribuindo para que eles refletissem de algum modo sobre suas atuações, cumprindo, dessa forma, os pressupostos colocados pela pesquisa-intervenção (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Essa abordagem metodológica se constitui como

[...] uma ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, como proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 62).

Nessa perspectiva, a interferência do pesquisador não se constitui como uma dificuldade ou uma subjetividade a ser justificada no tratamento dos dados, como geralmente se afirma nas pesquisas sociais, mas sim como uma condição para o conhecimento: “um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos une pessoalmente ao que estudamos” (SANTOS, 2008, p. 85). Segundo Dalbello-Araujo (2001, p. 77), “não existe uma razão pura, desinteressada, desarticulada do nível político-social, nem tampouco desvinculada dos afetos que o processo mesmo de construção do conhecimento produziu”, ou seja, o pesquisador não é neutro em sua observação e sempre interfere no ambiente pesquisado.

Podemos afirmar que houve construção de conhecimento conjunto com os profissionais das UBS e com o grupo que compôs a ação, pois a atuação em campo extrapolou a mera observação e enveredou pelo campo das relações, visando possibilitar que novas práticas e modos de vida fossem engendrados.

Discussão de resultados

Os dados nos permitem afirmar que os psicólogos que atuam na região de São Pedro demonstram diferentes formas de atuação, e algumas se assemelham com o que tem sido nomeado pela literatura como promoção da saúde. Ademais, podem-se depreender diferentes entendimentos sobre o que vem a ser promoção da saúde.

A ideia mais prevalente é aquela que liga promoção à educação em saúde, operacionalizada por meio de palestras ministradas por profissionais nas UBS. As palestras têm, por finalidade, transmitir informações com a expectativa de que elas sejam revertidas em comportamentos considerados saudáveis. Nessa concepção, o educador, em vez de comunicar-se, faz “comunicados”, e os educandos recebem pacientemente, memorizam e re-

petem (FREIRE, 2008). Frequentemente, essas ações têm o foco direcionado ao indivíduo usuário do serviço, desconsiderando o contexto sócio-histórico-político de sua inserção. A palestra também marca um lugar rígido entre aquele que sabe e o que não sabe, justificando a tutela dos profissionais sobre a população, abortando qualquer possibilidade de autonomia por parte dos sujeitos.

Verificamos ainda concepções que igualam as atividades de PS com aquelas dirigidas à prevenção de doenças, por meio de mudança de hábitos e comportamentos individuais. Segundo Travesso-Yépez (2007), a preocupação pela adoção de comportamentos saudáveis baseia-se na premissa de que boa parte dos problemas de saúde está relacionada com estilos de vida. Dessa forma, ações ligadas às mudanças das condições de existência, tais como acesso à educação, à moradia e ao saneamento, não são encaradas como relevantes nesse processo. Podemos dizer que essa concepção de saúde liga-se à ideia de ausência de doenças e reflete a primazia do individual. O foco da ação passa a ser, então, o indivíduo e seus hábitos, como se fosse possível isolá-lo de seu contexto social, econômico e político.

Outra concepção de PS é a focada na prevenção por meio de mudança de comportamentos individuais tidos como “de risco”. Spink (2007) considera o conceito de risco como construído socialmente e faz uma análise de como ele pode ser utilizado para o gerenciamento da população por meio do biopoder, termo trazido por Foucault (1979). Spink (2007) analisa o momento em que ocorre a indiferenciação entre o fator de risco e o risco propriamente dito, de modo que ser portador de um fator de risco, ou pertencer a um grupo de risco, passou a ter o mesmo efeito de qualquer sinal clínico. Spink (2007, p. 354) defende a retomada do sentido positivo do termo risco, habitualmente associado à negatividade, e afirma que “diante da crescente tendência a moralizar o risco, especialmente aqueles incorridos propositadamente, cabe perguntar se há lugar para o risco, como aventura”.

Também foi possível verificar concepções de PS ligadas à promoção da qualidade de vida por meio da realização de grupos na comunidade que promovam trocas de ideias, de vida e de saberes sobre o corpo e a saúde. Nessa concepção, há possibilidade de notarmos a ampliação do conceito de saúde, que passa a não estar ligado à ausência de doenças. Observamos também a valorização dos espaços coletivos para troca de ideias e para a promoção da qualidade de vida da população. Entretanto, muitas vezes, essa concepção esteve ligada ao conceito de *empowerment* ou empoderamento, presente em mais de uma entrevista. Tal concepção objetiva promover qualidade de vida sem, no entanto, questionar o que está na origem desse “mal-estar”, abafando crises e conseqüentemente movimentos de luta. Carvalho (2007) define as ações direcionadas para o *empowerment* como ações que procuram construir um sentimento de maior controle sobre a vida, que os indivíduos experimentam por meio do pertencimento a distintos grupos, sem que haja, necessariamente, a participação em ações políticas coletivas. Carvalho (2007, p. 72) afirma ainda que “desta concepção derivam estratégias que procuram contribuir para o fortalecimento da auto-estima, da capacidade de adaptação ao meio, da criação de mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade”. Dessa forma, é possível dizer que o conceito de *empowerment* responsabiliza os indivíduos por seus problemas, contribuindo para a

implementação de políticas públicas residuais. Apesar de ser afirmado que o *empowerment* produz autonomia das pessoas por meio da diminuição da dependência das instituições macrossociais, essa afirmativa tem sido utilizada para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde, em tempos de conservadorismo fiscal (CARVALHO, 2007).

Ficou evidente a presença de concepções de PS como construção coletiva de espaços para pensar e agir, criando novas possibilidades de vida juntamente com a população. Tal discurso condiz com o que Campos, Barros e Castro (2004, p. 746) consideraram como os objetivos de uma política de promoção da saúde:

[...] tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.

Foi possível detectar diferentes formas de trabalho dos psicólogos realizadas nas UBS da região de São Pedro. Os psicólogos entrevistados afirmaram existir uma determinação por parte da coordenação de saúde mental do município de Vitória² que norteia atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais. A determinação instrui que as atividades sejam distribuídas em sua carga horária, de forma que 30% sejam destinados a atividades individuais e 70% a atividades coletivas. Entretanto, foi possível perceber diferentes maneiras de lidar com essa determinação e diferentes entendimentos sobre ela. Alguns profissionais relataram que dedicar apenas 30% da carga horária para os atendimentos individuais representa pouco, por causa da alta demanda. Outros acreditam que as atividades na atenção básica devem ser, prioritariamente, voltadas para o coletivo, motivo pelo qual os atendimentos clínicos individuais figurariam exceção. Um deles salientou que “o atendimento individual na UBS é um saco sem fundo; quanto mais você atende, mais terá pessoas para atender”.

Destacamos, no entanto, que não basta o profissional se apropriar do conceito ampliado de saúde para ter atitudes voltadas para o coletivo, incentivo à participação popular e à mudança do *status quo*, visto que o conceito de saúde ampliada esteve presente em todas as entrevistas com psicólogos, independentemente da forma de atuação priorizada.

O trabalho realizado em equipe também foi bastante enfatizado como ideal de atuação. Nas entrevistas com profissionais psicólogos, o trabalho em parceria com outros profissionais foi apontado como fator importante para o trabalho em saúde. Relatam que há momentos em que o trabalho conjunto ocorre com sucesso e há outros em que esses encontros não acontecem, o que coloca a construção da interdisciplinaridade como um desafio.

² Esse documento tem como objetivo “fornecer um ‘roteiro’ de ações que devem ser desenvolvidas em nível local com vistas a possibilitar a implementação efetiva da política de saúde mental e suas diretrizes”. O item 11 do documento visa “atingir, até dezembro de 2007, o parâmetro de 70% de ações realizadas com o coletivo, ligadas à promoção da saúde e da vida, e 30% de ações individuais” (VITÓRIA, s. d.).

A ação em PS, que foi sistematicamente acompanhada e analisada, consiste em grupo formado por mulheres que se reúnem uma vez por semana em um espaço exterior à UBS – Associação de Mulheres da comunidade –, apesar de a UBS ter infraestrutura compatível para realização de tais atividades grupais. A realização fora do espaço da UBS apresentou-se como uma estratégia fundamental para que se pudessem atingir os objetivos propostos. O grupo é coordenado por uma dupla de profissionais (psicólogo e assistente social) que justificam a opção pelo espaço comunitário como uma “aposta de aproximação das mulheres com os problemas da comunidade” e como uma tentativa de expurgar o caráter ligado à ideia de doença, que o *setting* da UBS parece impregnar. Vale ressaltar que a falta de espaço físico adequado para a realização de atividades grupais no espaço das UBS foi relatada como um dos principais fatores para a não realização desse tipo de atividade nas demais UBS pesquisadas. No entanto, essa experiência demonstra que é possível inventar novas formas de atuação com os recursos da própria comunidade, sem, no entanto, esvaziar a luta por melhores e mais amplos espaços físicos nos serviços de saúde.

Segundo Pedrosa (2004, p. 618), PS se faz por meio de “ações que podem ocorrer no espaço dos serviços de saúde, no espaço do parlamento e no espaço das comunidades”. Ainda segundo o autor, quando as ações em PS são realizadas por diversos atores sociais, sob várias modalidades de intervenção, envolvendo desde grupos específicos a movimentos sociais, pode-se evidenciar a efetiva ampliação da abrangência dessa ação para os espaços da sociedade.

Sem dúvida, a participação das mulheres em atividades ligadas à Associação pode ser considerada uma forma de participação comunitária que envolve cooperativismo, protagonismo social e trabalho no coletivo. Assim, as mulheres puderam compartilhar as questões da comunidade mais ativamente. Com frequência, no transcurso das reuniões, moradoras conhecidas das integrantes que passavam pela rua eram convidadas a participar do grupo. Logo, o movimento foi ganhando força e agregando mais interessadas em compartilhar. De acordo com o que percebemos, a ação citada cumpriu os objetivos propostos por Pedrosa (2004), não se fechando em si, estabelecendo contatos e parcerias com a comunidade, contribuindo para a criação de vínculos e redes entre as integrantes do grupo e entre estas e a comunidade.

Ressaltamos, entretanto, que as mudanças nos propósitos e no formato das atividades realizadas pelos psicólogos, especialmente em um município em que a atuação do profissional em UBS vigora desde 1992, exigem esforço e determinação, clareza de propósitos e perseverança, pois a comunidade tem expectativas sobre o que deva ser o trabalho de um profissional psicólogo e sobre a importância das atividades grupais.

Relataremos, a seguir, alguns desencontros vivenciados de maneira a ilustrar nosso argumento. O primeiro encontro acompanhado foi também um dos primeiros encontros do grupo no ambiente da Associação de Mulheres. Nele estiveram presentes, aproximadamente, 15 mulheres. Nesse encontro, foi feito pelo profissional um relato sobre o histórico da luta feminina por direitos e sobre as desigualdades ainda existentes, afirmando as vantagens de trabalhar em grupo, destacando as maneiras como cada um pode ajudar os demais e as estratégias para que as reivindicações sejam alcançadas. Os profissionais

responsáveis entendiam que esse espaço poderia ser utilizado para a PS e para a melhoria da qualidade de vida. Naquela oportunidade, as participantes também puderam expor suas expectativas, e foi interessante perceber que persistia o interesse em receber ensinamentos por meio de palestras e/ou aulas de artesanato, formas tradicionais de relação entre os profissionais e os usuários das UBS.

A difícil negociação entre as expectativas da comunidade e a intenção dos profissionais de construir outra proposta, na qual as mulheres pudessem ser protagonistas do encontro, nos mostra a força daquilo que foi, historicamente, forjado como um determinado tipo de demanda nos serviços de saúde. A imagem de construção de um espaço coletivo para a elaboração conjunta de novos saberes ainda não é bem-vista e difundida. Esse contexto produziu o primeiro desafio para os profissionais: como conseguir a adesão da população para uma nova proposta de intervenção em saúde?

Nos dois encontros seguintes, nenhuma participante compareceu. Por esse motivo, os profissionais se viram forçados a repensar as formas de relacionamento com a população e buscaram outras táticas para despertar o interesse das mulheres em participar do grupo. Foram distribuídos convites individuais nas dependências da UBS e por todo o bairro, com a ajuda dos agentes comunitários que atuam na ESF. Realizaram-se visitas domiciliares com o intuito de convidar outras participantes, e parte das expectativas – especialmente a que diz respeito aos artesanatos – foi respondida. Surgiu daí a ideia de se fazer artesanato, após os encontros de discussão. A partir dessas tentativas, nos encontros seguintes, houve adesão crescente e entusiasmada das mulheres do bairro.

As participantes possuíam entre 45 e 80 anos de idade, e os assuntos abordados comumente se relacionavam com: acesso à saúde, funcionamento dos serviços de saúde, direitos das mulheres, Conselho Local de Saúde, sexualidade, violência doméstica, entre outros. Os assuntos trazidos eram trabalhados de modo a não pessoalizar as questões, mostrando que todas, de alguma forma, eram perpassadas pelas questões levantadas. Algumas ferramentas instrucionais foram utilizadas para dar movimento e dinamizar os encontros, tais como: recorte e colagem, produção de cartazes, apresentação de vídeos e dinâmicas variadas.

A atuação dos profissionais envolvidos na ação se destaca pelo empenho em contextualizar as falas trazidas pelas mulheres, de forma a não impor valores nem julgamentos morais³. Houve situações em que as participantes mostraram certa naturalidade com alguns aspectos da vida, como a violência doméstica. Nessas circunstâncias, os profissionais atuaram no sentido de pontuar a naturalização, sem, contudo, impor uma determinada conduta como certa ou verdadeira. Portanto, é possível fazer uma aproximação dessa prática ao que Carvalho (2007) considera ser o objetivo da atuação em PS. Segundo ele, essas ações devem ter por objetivo o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para que definam e analisem os próprios problemas e atuem sobre eles. Mais do que re-

³ “Moral é uma palavra que vem do latim – *mores* – e significa *costumes*, configurando-se como as *regras e valores* sociais, um *conjunto prescritivo* baseado em concepções de *bem* e de *mal* que viriam conduzir de forma absoluta, categórica – o Bem válido para todos em qualquer tempo e lugar – ou relativa, derivada – um bem válido para um grupo ou para uma época – as ações de cada um” (MACHADO, 1999, p. 148, grifo da autora).

passar informações e induzir determinados comportamentos, esse autor afirma que se devem apoiar pessoas e coletivos a fim de que realizem suas próprias análises e, assim, tomem suas decisões.

Em outras ocasiões, opiniões tradicionais sobre sexualidade foram trazidas, condenando o uso de preservativos ou a vivência da sexualidade por mulheres com mais idade, por exemplo. Nessas ocasiões, os profissionais atuaram no sentido de desmontar os preconceitos e problematizar as opiniões. A forma como foram tratadas essas situações possibilitou a criação de vínculos de confiança entre as mulheres e os profissionais e contribuiu para a formação de coletividade. Nessa perspectiva, apoiamos-nos em Machado (1999, p. 153) quando afirma que

[...] a coletividade fala de uma série de agenciamentos, formados de materiais de expressão diversos, e que produzem formas – [...] formas-sociedade, formas-natureza, formas-conhecimento etc. – ao mesmo tempo que desmancham as formas produzidas e permitem a construção de outras.

Esse espaço se apresentou essencial para a criação de novos modos de se estar na vida, tanto por parte das participantes quanto pelos profissionais. Formas engajadas na criação de modos mais potentes de viver e na criação de liberdade, entendida aqui como aumento da potência de agir junto às produções coletivas (MACHADO, 1999). A criação de laços de solidariedade também se mostrou presente numa situação de luto vivenciado por uma das participantes, quando as demais tiveram a oportunidade de demonstrar afeto e acolher a dor do outro. Podemos dizer que essa atitude concreta contribuiu para o fortalecimento dos laços afetivos entre essas mulheres, colaborando para a construção de um terreno de confiança entre elas e para construção de novas experiências.

Conclusão

Em levantamento realizado sobre a atuação dos psicólogos, na área de saúde pública do município de Vitória-ES, Bassani (1995 apud ANDRADE, 2007) demonstrou a primazia de ações de cunho individualista e desconectadas dos objetivos da atenção básica. Dez anos depois, Andrade (2007) confirmou o predomínio das práticas tradicionais, na atuação do psicólogo, em UBS. Na pesquisa, Bassani (1995 apud ANDRADE, 2007) afirma que as atuações que diferem das tradicionais são “pontuais e marginais em que psicólogos mais críticos/éticos experimentam ações coletivas junto à população e/ou profissionais da rede”.

Segundo Dimenstein (2001, p. 58), esse tipo de prática remete à

[...] falta de compromisso do profissional com as instituições de saúde, com a qualidade e humanização das práticas, com o acolhimento e vínculo com os usuários, aspectos considerados fundamentais para a transformação dos modos hegemônicos de fazer saúde e para a construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Após o concurso público de ingresso de novos profissionais em 2006, verificamos, no âmbito do grupo de pesquisa, um aumento da participação dos psicólogos nas ações co-

letivas de PS, nas UBS, em toda a cidade de Vitória (GUERRA; DALBELLO-ARAÚJO, 2008). Observamos também que os profissionais mostram estar mais comprometidos com práticas coletivas e com o papel que desempenham nas UBS. Destacamos que os profissionais

Não se colocam no lugar do especialista, do detentor do saber, ao contrário, lutam diariamente para desconstruir esse lugar, se colocando, em suas ações, como um facilitador. Comprovando que a atuação do psicólogo na Atenção Primária não está mais totalmente voltada para o atendimento individual clínico (IGLESIAS et al., 2009, p. 21).

Este estudo demonstrou que as concepções dos profissionais psicólogos da região de São Pedro, a respeito da promoção da saúde, indicam a polissemia dessa expressão. Evidenciamos concepções de PS ligadas à educação em saúde; prevenção de doenças por meio de mudança de hábitos e de comportamentos individuais; promoção da qualidade de vida a partir de grupos e de trocas de ideias, de maneira a contribuir para pensar novas possibilidades junto *com* a população.

Essas concepções nos dão indícios da atuação dos profissionais nas UBS da região, visto que as concepções estão subjacentes às práticas. De acordo com Deleuze (apud FOUCAULT, 2008, p. 71):

[...] uma teoria é como uma caixa de ferramentas. [...] É preciso que sirva, é preciso que funcione [...]. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou.

Nesse enfoque, a prática não pode ser considerada uma mera aplicação de uma teoria ou concepção. Mais do que isso, teoria e prática não se separam. Segundo Coimbra (1988), “não há saber neutro; todo saber é político”. A teoria se torna prática na medida em que produz modos de vida, e a prática se torna teoria na medida em que traduz uma forma de pensar a vida e lidar com ela.

De acordo com as discussões elaboradas, com base no material proveniente das entrevistas e nas observações sistemáticas de acompanhamento das ações, podemos afirmar que a atuação dos profissionais psicólogos das UBS da região de São Pedro revela a busca pela afirmação de novas práticas no campo da saúde. Notamos mudanças na forma de interação com a comunidade, as quais apontam para o estabelecimento de uma relação de cuidado. Esse cuidado é entendido aqui como uma escuta norteadora por uma

[...] ética que não é criar formas de sujeito que correspondam ao que é esperado, ao que está dado, aos apelos midiáticos de homem bem inserido no mundo da produção e do consumo. Trata-se de ampliar o exercício da inconformação, da invenção, ativar coeficientes de resistência frente à servidão, ao descaso pelo pensar. Cuidado praticado como acolhimento incondicional à vida, à diferença, à singularidade radical. Essa escuta é da ordem dos afetos e não somente do saber, da razão, do conhecimento. É poder ser afetado pelo encontro (DIMENSTEIN, 2007, p. 43).

No contexto da realidade estudada, algumas concepções e práticas estão coadunadas com o que é proposto pelas diretrizes do SUS e, conseqüentemente, com as propostas que

envolvem a PS. Exemplos de materialização dessas novas concepções puderam ser vistas por meio do acompanhamento sistemático das atividades. Durante a realização daquele grupo de mulheres, foi possível notar que as práticas dos profissionais envolvidos se embasaram em um conceito ampliado de saúde, engajando-se não na individualização das questões trazidas, mas na ampliação do foco de ação, que extrapolou o indivíduo em si ou seus hábitos. Notamos a criação de vínculos entre os profissionais e as participantes, o que possibilitou a construção de conhecimentos *do grupo*, contribuindo para a afirmação de uma concepção de PS ligada à coletividade, à valorização das demandas da comunidade, desvinculada da ideia de doença e engajada, politicamente, na construção coletiva que se convencionou.

Esses resultados trazem uma experiência em que a prática do psicólogo pode ser encarada de uma forma diferenciada das críticas anteriores (SILVA, 1992; YAMAMOTO, 2003; DIMENSTEIN, 2001; ANDRADE, 2007), apontando, assim, novas expectativas para o trabalho do psicólogo na atenção básica. Ressaltamos ainda a importância atribuída ao trabalho em equipe. Destarte, não cabe ao profissional psicólogo apenas tecer uma rede de cuidado com os usuários; esse trabalho cabe a todos os profissionais da área da saúde, em parcerias entre si, no que ficou convencionado chamar de trabalho transdisciplinar. Essa perspectiva objetiva o rompimento das fronteiras entre as disciplinas e as profissões, contribuindo para uma atenção integral ao usuário. Figura também entre as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde para a PNPS, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 2006).

Esperamos que este artigo possa contribuir, de alguma forma, para as práticas de profissionais na área da saúde e para pesquisas subsequentes, especialmente no que se refere ao papel desses profissionais na PS. Essa temática é um campo rico que nos convoca a constantes questionamentos e reflexões, por envolver desejos, práticas, hábitos e condições de vida. Certamente, há muito que pesquisar, visto que não objetivamos esgotar as discussões sobre o tema. Esperamos que este seja o estopim de problematizações sobre a atuação dos profissionais na área e sobre o que é produzido em nome da promoção da saúde.

Referências

- ALMEIDA, A. de; GOBBI, H. **Lugar de toda pobreza**. Vitória: Deares, 1983. 92 p.
- ANDRADE, A. N. Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2007.
- BARROS, R. B. de. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007. 350 p.
- BOCK, A. M. B. Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil. In: ROSA, E. M. et al. (Org.). **Psicologia e saúde**: desafios às políticas públicas no Brasil. Vitória: Edufes, 2007. p. 17-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 1.409, de 13 de junho de 2007. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 jul. 2007.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul./set. 2004.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, jul./set. 2004.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 178 p.

COIMBRA, C. M. B. **A divisão social do trabalho e os especialismos técnico-científicos**. Trabalho apresentado na disciplina “Trabalho, Dominação e Resistência” do doutorado em Psicologia Escolar. Universidade de São Paulo, 1988.

CRUZ, S. C. de S. **Avaliação do processo de implantação da estratégia de saúde da família: o caso de resistência**. 2007. 187 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

DALBELLO-ARAUJO, M. Alguns olhares sobre a subjetividade nas pesquisas em saúde do trabalhador. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B de. (Org.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 77-97.

_____. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005. 221 f. Tese (Doutorado em Psicologia)– Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, jan./jun. 1998.

DIMENSTEIN, M. 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.

_____. Micropolítica dos afetos: reinventando a participação e o controle social em saúde. In: ROSA, E. M. et al. (Org.). **Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil**. Vitória: Edufes, 2007. p. 35-44.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FERREIRA, J. T. B. **Teias e redes de (des)encontros: usuários, necessidades e ofertas dos serviços de saúde no SUS – o caso do pronto-atendimento São Pedro**. 2008. 105 p.

- Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008, 213 p.
- GIOIA-MARTINS, D. F.; ROCHA JÚNIOR, A. Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-42, 2001.
- GUERRA, B. C.; DALBELLO-ARAUJO, M. **Práticas psicológicas em promoção da saúde**. 2008. 15 f. Relatório final de Pesquisa do Programa Institucional de Iniciação Científica, Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação–Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.
- IGLESIAS, A. et al. Práticas psicológicas e promoção à saúde em unidades básicas de saúde. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 110-127, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Vitória, 2000. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_socioeconomicos/populacao/popmunicipio_regiao.asp>. Acesso em: 18 jun. 2010.
- MACHADO, L. D. Ética. In: BARROS, M. E. B. de. **Psicologia: questões contemporâneas**. Vitória: Edufes, 1999. p. 145-162.
- PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. **A descentralização como eixo norteador na organização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde**. 2001. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/165/body/03.htm>>. Acesso em: 24 out. 2009.
- PEDROSA, J. I. dos S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, jul./set. 2004.
- ROCHA, M. L. da; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 25-33, 2003.
- SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 92 p.
- SILVA, R. C. da. A formação em Psicologia para o trabalho na saúde pública. In: SATO, L. (Org.). **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- SPINK, M. J. P. Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Org.). **Diálogos em psicologia social**. Porto Alegre: Evangraf, 2007. p. 345-360.
- TRAVESSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VITÓRIA (Brasil). Prefeitura Municipal de Vitória. **Concurso Público de provas e títulos:** Edital nº 001/2006 – Saúde. Vitória, 17 mai. 2006. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/administracao/editais_concurso_publico/2006/001/index.htm>. Acesso em: 24 out. 2009.

_____. Secretaria de Saúde. **Inclusão da saúde mental na Atenção Básica:** ações locais em saúde mental. Vitória, [s. d.]. 1 p.

YAMAMOTO, O. H. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In: BOCK, A. M. B. (Org.). **Psicologia e compromisso social.** São Paulo: Cortez, 2003. p. 37-54.

Contato

Keli Lopes Santos
Av. Fernando Ferrari, s/n
Goiabeiras – Vitória – ES
CEP 29060-900
e-mail: keli_ls@yahoo.com.br

Tramitação

Recebido em novembro de 2009

Aceito em março de 2010