



INTERFACES ENTRE PSICOLOGIA, DIREITOS HUMANOS E A SAÚDE

Carolina Franca Silveira¹

RESUMO

A pesquisa teve como intuito verificar as confluências entre as três temáticas: Saúde, atuação dos psicólogos e Direitos Humanos. Contatou-se nas bibliografias consultadas que o trabalho dos psicólogos inseridos no Sistema Único de Saúde - SUS, especificamente na Atenção Básica, apresentam possibilidades de práticas psicológicas que podem funcionar de modo submetido aos processos de dominação ou como resistência, na promoção dos Direitos Humanos. Encontraram-se desafios na atuação dos psicólogos no SUS, uma vez que historicamente esses profissionais tem sua atuação distanciada da realidade da maioria dos usuários do sistema, ou seja, das classes populares. Entendeu-se que para garantir uma atenção integral aos usuários do SUS, é necessário que o psicólogo tenha uma visão comprometida com os direitos humanos, e atue em uma dimensão ético-política. As três temáticas se convergem no instante que todas se constituem potencialmente como instrumento de transformação da realidade.

Palavras-Chaves: Direitos Humanos, Psicologia, Sistema Único de Saúde, Saúde, Atenção Básica, SUS.

¹ E-mail de contato: carolinafrancasilveira@gmail.com.



ABSTRACT

The aim of the research had the verify the confluences between the three themes: Health, psychologists' performance and Human Rights. It was contacted in the bibliographies consulted that the work of psychologists inserted in the Unified Health System - SUS, specifically in Primary Care, present possibilities of psychological practices that can function in a way submitted to the processes of domination or as resistance, in the promotion of Human Rights. Challenges were encountered in the performance of psychologists in the SUS, since these professionals have historically been far from the reality of the majority of the users of the system, that is, from the popular classes. It was understood that in order to guarantee integral attention to SUS users, it is necessary for the psychologist to have a vision committed to human rights, and to act in an ethical-political dimension. The three themes converge at the instant that all of them potentially constitute an instrument of transformation of reality.

Key Words: Human Rights, Psychology, Unified Health System, Health, Primary Care, SUS.



DIREITOS HUMANOS

Com um território de aproximadamente 8,5 milhões de quilômetros quadrados, (representa 47% da América do Sul, sendo o maior país do subcontinente) e população estimada de 208.084.565 milhões em 2017, o Brasil é o 5º país mais populoso do mundo e em extensão territorial, além de ser um país marcado pela desigualdade social. (IBGE, 2017)

Historicamente o Brasil é marcado pelas desigualdades e pela exclusão econômica, social, racial e cultural. (BRASIL, 2003). O Ministério da Saúde no esforço de assegurar os direitos de cidadania, de modo a considerar essas enormes diferenças entre a população, lança mão da diretriz sobre promoção a saúde:

É uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Dessa maneira, as condições econômicas, sociais e políticas do existir não devem ser tomadas, tão somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade –, e sim como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde. Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. p. 19).

Para uma atuação visando a garantia de direitos e cidadania, como revela a diretriz do Ministério da saúde, é preciso se aplicar cotidianamente os Direitos Humanos, entendendo que “Estes direitos correspondem às necessidades humanas que são exigidas para que as pessoas possam alcançar toda a sua potencialidade, ou seja, são essenciais para a garantia da dignidade das pessoas humana” (GUSMÃO, 2017).

O processo de construção do conceito dos Direitos Humanos vem se consolidando a partir da evolução das ideias dos direitos essenciais aos seres humanos, no intuito de minimizar desigualdades. Em momento anterior as desigualdades eram vistas como algo natural e inerente a alguma pessoas desde seu nascimento. Ao longo do tempo, esse pensamento já não mais correspondia como explicação cabível, observou-se que as desigualdades foram construídas historicamente:



(...) antes da Idade Moderna, diferentes pessoas eram possuidoras de diferentes status de acordo com seu lugar social de nascimento e, por isso, possuíam diferentes conjuntos de direitos e deveres. Logo, principalmente em relação às pessoas que faziam parte de grupos sociais aos quais a sociedade atribuía maior valorização, tratava-se mais de privilégios do que de direitos propriamente ditos. A partir do momento em que ganha força, a ideia de que todas e todos, independentemente de seu lugar social de nascimento e de qualquer outra característica externa, são igualmente dotadas e dotados da mesma dignidade, passa a não fazer mais sentido que haja direitos e deveres distintos para pessoas distintas. Em outras palavras, passa a ser possível defender a ideia de que deve existir um conjunto de direitos que pertencem igualmente a todas as pessoas e que derivam da simples existência dessas pessoas como seres humanos, sem nenhuma outra exigência além dessa (MINAS GERAIS, 2016).

É nesse processo histórico e da construção de novas concepções que se fundamenta o princípio da Dignidade da Pessoa Humana como principal justificativa da necessidade dos Direitos Humanos.

Posteriormente, os Direitos Humanos se expressam de modo formal através das normas e tratados internacionais, entre outros instrumentos que surgiram a partir de 1945, pós II guerra Mundial, momento em que o mundo todo se encontrava aterrorizado pelos horrores vividos na guerra, conferindo então formas legais na tentativa de se garantir minimamente os direitos humanos (MINAS GERIAS, 2016).

Necessário salientar, que esses direitos são conquistados através de lutas políticas e sociais. Harent citada por Gusmão (2017) aponta que “Os Direitos Humanos não são um dado, mas um constructo, uma invenção humana, em constante processo de construção e reprodução”.(HARENT APUD GUSMÃO, 2016) Ou seja, é necessário agir sobre a realidade para que se garantam esses direitos.

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Com objetivo de mudar a realidade no âmbito da saúde, na década de 70 o movimento da reforma sanitária realizou mobilizações reivindicando o direito a saúde. Como resultado da reivindicações dos seguimentos da sociedade, incluindo a sociedade civil, foi instituído pela constituição Federal de 1988, o sistema de saúde universal, o SUS – Sistema Único de Saúde. Este modelo passou a se organizar tendo como foco a ‘saúde da família’, enfatizando a atenção básica. (CAMARGO, 2003) Considerando a centralidade da atenção básica no cuidado a saúde, bem como sua notória importância, a saúde será tratada por esse viés.



Após regulamentação em 1988 da Constituição Federal Brasileira, o Sistema Único de Saúde – SUS passa a ser “(...) direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A partir da década de 1990, com a lei nº 8.080 que regula as ações e serviços de saúde, passou a se organizar tendo como foco a ‘saúde da família’, no modelo de atenção enfatizando a atenção básica. Segundo Teixeira et al, modelo de atenção "é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação"(TEIXEIRA et al, 1998).

Júnior e Alves (2007) acrescentam e explicam o conceito de modelo de atenção:

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. Consideramos que no mundo existam diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde. Por esse motivo, ressaltamos que não há modelos certos ou errados, ou receitas que, quando seguidas, dão certo (JUNIOR E ALVES, 2007).

O modelo de atenção adotado no Brasil, estruturado com foco na atenção básica, segundo OMS (2007), favorece o cuidado em saúde. Este modelo de atenção à saúde "provê atenção integral e aborda a maioria das demandas em saúde da população de forma longitudinal, ou seja, ao longo do curso de vida" (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Ao longo dos anos, é possível observar no Brasil a expansão das políticas de atenção à saúde. Atualmente a Saúde da família é uma estratégia prioritária para organização das práticas na Atenção Básica, seguindo o viés da Organização das Nações Unidas (ONU), que em 1994 definiu como o “Ano Internacional da Família”, o Brasil elaborou no mesmo ano o Programa de Saúde da Família (PSF), resultado da incorporação e ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O foco da centralidade na saúde da família parte do objetivo de modificar todo o modelo de saúde até então vigente. A tabela abaixo apresenta o enfoque estabelecido com o modelo convencional e depois da adoção da Estratégia da Saúde da Família:

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Adaptado de Vuori (1985)

FIGURA 1- Mudanças no modelo de atenção à saúde

A escolha do modelo de atenção à saúde no Brasil abrangeu o entendimento do conceito de equidade, tornando-se um dos pressupostos do SUS, no qual “Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade”. (BRASIL, 2017b).

Em pesquisa realizada em 2014, constatou-se que no grupo do 1% de pessoas mais ricas do país, apenas um décimo delas possui quase a metade da renda. A desigualdade social é uma realidade evidente no Brasil, Bock (2016) explana que “a desigualdade social faz referência à distribuição da riqueza e às condições desiguais de acesso e bem-estar”. Falamos, portanto, de um país que é caracterizado por uma população que tem acesso desigual à riqueza produzida coletivamente e usufrui de condições de vida também desiguais”. (BOCK, 2016)

Estudos comprovam a relação direta entre renda econômica e doenças, revelando o caráter dos determinantes sociais no processo saúde-doença:

Por que os pobres morrem mais cedo?

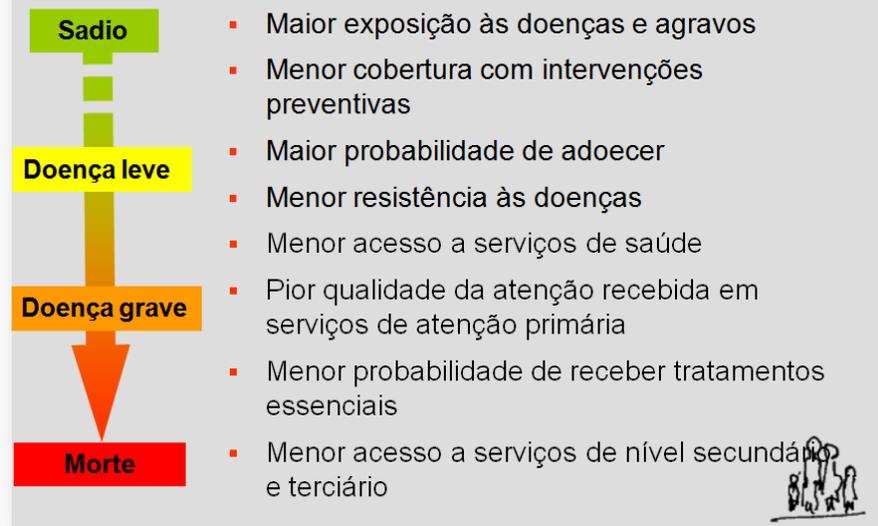


FIGURA 2. Fonte: Victora C, Wagstaff A et al, Lancet 2003

Vários fatores influenciam para que a população das classes populares percorra de modo mais imediato o processo saúde/doença, já que não lhes são garantidas as condições para uma vida saudável.

Torna-se ainda mais evidente a relação entre pobreza e doença, quando a partir da 8ª conferência de saúde é estabelecido o conceito ampliado de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Uma das diretrizes fundamentais do SUS, que se materializam na Atenção Básica é a integralidade, que se propõe "a ser capaz de ofertar aos indivíduos ações que lhes permitam a atenção de maneira integral e não de forma fragmentada. Devendo atender às necessidades de saúde do cidadão e não apenas às suas doenças." (BRASIL, 2011a)



A integralidade se evidencia em três dimensões: 1) abordagem integral do usuário, 2) Integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, e 3) Garantia do cuidado organizado em rede.

Focaremos quanto à primeira dimensão, sobre a abordagem integral do usuário. Essa se refere a uma atenção a saúde do sujeito considerando-o como sujeito biopsicossocial, ou seja, envolto por fatores biológicos (genéticos, bioquímicos, etc.), fatores psicológicos (estado de humor, de comportamento, etc.) e fatores sociais (culturais, familiares, socioeconômicos, médicos, etc.).

A integralidade pode também ser considerada como um meio para ampliação do horizonte de intervenção sobre as demandas, já que esse conceito engloba o modo de organizar as práticas em saúde, possibilidade de uma visão holística, não reduzindo o sujeito apenas ao biológico, além de se constituir como elemento da construção de políticas para enfrentamento de problemas de saúde e necessidades de grupos mais vulneráveis, como as crianças, mulheres, LGBT's, entre outros. (BRASIL, 2009)

Outras importantes orientações para Atenção Básica se encontram na PNAB (2011). Tais diretrizes nada mais são que modos de operação para se garantir os direitos Básicos da população. As diretrizes são: universalidade, criação de vínculos, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (BRASIL, 2011)

O princípio da universalidade, recomentado pelo SUS, é compreendido como o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso às ações e serviços de saúde, sem discriminação. A criação de vínculos se trata da relação entre os diversos profissionais das equipes com os usuários, é utilizada para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade, além de ser preconizado pela Política Nacional de Humanização (2003). A continuidade do cuidado, ou longitudinalidade, entendida como o acompanhamento do paciente ao longo do tempo pelos profissionais da saúde. A integralidade, entendida como a visão ampliada do profissional ao usuário do serviço de saúde. A responsabilização, experienciada no âmbito da atenção básica de forma a estabelecer claramente as atribuições de cada equipe e com isso construção de responsabilidade pelo usuário. É também uma orientação da PNAB a humanização, no qual é envolvida a corresponsabilidade no processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas de todos os atores envolvidos, dos usuários aos gestores, além de estar associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. A equidade se apresenta como diretriz que objetiva implementar mais justiça quanto aos atendimentos aos indivíduos, se orientando de acordo com suas



necessidades e diversidades. Além da participação social, diretriz que atribui importância às instâncias populares, oportunizando inserção da população na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde, participando através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. (Brasil, 2017).

Todo esse bojo de diretrizes e orientações visa o entendimento, bem como a operacionalização de aspectos que devem estar na centralidade do trabalho dos profissionais que trabalham no SUS, no intuito de garantir os direitos básicos, tendo, portanto, transversalidade com os direitos humanos.

Além de tais diretrizes, a atuação na Atenção Básica deve considerar as particularidades dos territórios, ou seja, prezar pelo conceito da Territorialização como norteadora das ações. Além da responsabilidade sanitária, concebidas como responsabilidade de uma equipe sobre a saúde da população a ela vinculada, o trabalho em equipe como diretriz a fim de complementar e integrar saberes entre os profissionais, a Integralidade no intuito de ampliar as análises e intervenções na gestão do cuidado dos usuários, autonomia dos indivíduos e coletivos, entendida como o trabalho visando aumento da capacidade dos sujeitos de governar a própria vida (Ministério da Saúde, 2014).

Outra importante diretriz orientadora é o apontamento para realização de ações intersetoriais, característica da lógica da Atenção Básica de Saúde. A atuação intersetorial ‘É entendida como a articulação de ações que envolvam vários setores, reconhecendo que a produção de saúde tem relação com outras políticas como: educação, assistência social, lazer, habitação (...) entre outros’’. (BRASIL, 2014). Além de estar atrelado ao conceito ampliado de saúde, pois:

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. (BRASIL, 2009)

Portanto, a Atenção Básica cumpre a importante função de articulador dos setores que englobam a saúde, pois sua posição privilegiada de ser porta principal de entrada para os usuários no SUS, e estar em contato com inúmeros casos, além do conhecimento da rede que atua no território, facilita o desenvolvimento do trabalho de articulação dos setores como, os Centros de



Atenção Psicossocial – CAPS, Centros de Referência da Assistência Social - CRAS), Conselhos Tutelares, além das redes de apoio social informal.

Para alcançar tais diretrizes, é necessário uma série de modificação nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde vigente. É preciso romper com a lógica fragmentada, com foco nas especialidades do modelo tradicional de atenção a saúde. (BRASIL, 2009; MARCO, 2006)

Com objetivo conseguir abranger essa complexidade e se tornar a principal porta de entrada para os usuários da Saúde Pública, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são instaladas de modo a encontrar-se o mais próximo do local de moradia das pessoas, de modo a considerar a realidade da população compreendida em seu contexto, ofertando serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, a UBS é um elo que possibilita a comunicação e a articulação a nível local com os demais equipamentos rede de atenção à Saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento norteador dos princípios e diretrizes, aprovada em 2006 e revisada em 2011, a Atenção Básica caracteriza-se por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

Ao longo dos anos, é possível observar no Brasil a expansão das políticas de atenção à saúde. Com abertura de mais um campo de trabalho, o SUS com foco na integralidade, possibilita o trabalho interdisciplinar, sendo um dos profissionais convocados a atuar neste âmbito da saúde pública, o psicólogo. De acordo com Boing e Crepaldi “O psicólogo, nesse contexto, oferece uma importante contribuição na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade” (BOING e CREPALDI, 2010).

Na atenção Básica o psicólogo se depara com diretrizes e orientações de práticas profissionais voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde e uma clientela oriunda das classes baixas da sociedade. Contudo, historicamente esses profissionais tem sua atuação voltada para a clínica de modelo liberal privado, como consequência, sua clientela abrangeu somente a parcela da sociedade das classes média e alta. Essas mudanças implicam em uma necessidade de modificações no fazer do psicólogo, estando atento às peculiaridades que perpassam



a vida dessa parte da população que até então não tinham acesso à psicologia. (KIND e AZEVEDO, 2013).

Psicologia

Em pesquisa realizada por Spink (2006), constatou que dos psicólogos atuantes no SUS, cerca de 30% dos profissionais trabalhavam na atenção primária, podendo-se observar expressivo número de profissionais nesse setor. A autora constatou ainda, que 42% dos psicólogos incluídos no sistema utilizavam como metodologia de trabalho os atendimentos individuais.

Os números revelam o distanciamento entre a atuação do psicólogo, pautada predominantemente nos moldes hegemônicos da clínica individual, para a realidade que apresenta o Sistema Único de Saúde Brasileiro, nos levando a reflexão sobre o seguinte questionamento: Como o psicólogo inserido na Atenção Básica pode atuar para a garantia dos Direitos Humanos, se historicamente esses profissionais tem sua atuação voltada para a clínica de modelo liberal privado, e conseqüentemente, sua clientela abrangeu somente a parcela da sociedade das classes média e alta?

Boing e Crepaldi (2010) apontam que visto essa dificuldade frente à realidade do trabalho do psicólogo no âmbito da saúde pública, do qual a graduação não foi capaz de suprir, uma das alternativas seria:

A necessidade é de complementação e de superação da formação acadêmica no sentido de uma efetiva flexibilização das tecnologias para o desenvolvimento de práticas psicológicas condizentes com esse contexto de atuação a fim de se lidar com uma realidade desafiadora e complexa. Na redefinição de suas práticas, o psicólogo deve ser capaz de contribuir para a formulação e a implantação de novas políticas (DIMENSTEIN et al 1998, apud BOING e CREPALDI, 2010).

Verifica-se que uma das balizadoras do trabalho das equipes da Atenção Básica, prescrita na Política Nacional de Atenção Básica, estabelece formação e capacitação continua dos profissionais da Atenção Básica, indicando responsabilidade das três esferas de governo (municipal, estadual e federal). A PNAB orienta a criar estratégias para a qualificação da força de trabalho, tanto no âmbito da gestão, como da atenção à saúde, bem como valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação permanente dos profissionais das equipes. Enfatiza que o caráter da formação continua é uma estratégia potencializadora "para desenvolvimento de



competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. " (BRASIL, 2007).

Sobre a formação e os treinamentos dos profissionais, como é orientado pelos documentos que norteiam a Atenção Básica, Boing e Crepaldi (2010) pontuam que:

(...) embora os cursos de formação e treinamento sejam estratégias fundamentais para a atuação dos profissionais de saúde de acordo com o novo modelo de atenção, não podem ser tomados como medidas únicas, pois a mudança de modelo – que implica uma mudança paradigmática – é um processo complexo que envolve muitos fatores inter-relacionados. (BOING e CREPALDI, 2010).

Expandindo assim para o debate no âmbito político, o que necessariamente implica em uma formação de profissionais da saúde com senso crítico, como agente ativo dos processos que atravessam além de sua categoria profissional, a sociedade.

Em pesquisa documental referentes às diretrizes para atuação dos profissionais de psicologia nas equipes de saúde, realizada Boing e Crepaldi (2010), conclui que:

A pesquisa permite concluir que a configuração das políticas de saúde não contempla efetivamente o profissional de Psicologia na atenção básica, ou seja, com atuação de acordo com a ESF, exceto nas equipes de atenção básica que atuam nas unidades penitenciárias. O psicólogo é incluído, na quase totalidade dos documentos em que é citado, apenas nos níveis secundário e terciário de atenção, sendo que a relação que esse profissional estabelece com a atenção básica, segundo os documentos, se dá através da atribuição de apoio matricial às equipes de saúde da família. Com isso, pode-se presumir que o psicólogo é tido exclusivamente como especialista, e não como um profissional de saúde geral. (BOING e CREPALDI, 2010).

Há, portanto, uma divergência quanto à política do SUS, e as diretrizes estabelecidas para atuação do psicólogo, que não considera o profissional capacitado a trabalhar com os usuários de modo integral, onde este é considerado um especialista da saúde mental. Revelam ainda que:

O uso do termo *especialista*, no contexto desta discussão, refere-se à formação acadêmica e às práticas profissionais pautadas no paradigma tradicional da ciência, que refletem uma visão racionalista e determinista através da dicotomia mente-corpo, que busca o conhecimento aprofundado do funcionamento das partes do corpo, gerando intervenções profissionais fragmentadas (a clínica tradicional). Em contrapartida, o termo profissional de saúde geral, ou clínico geral, refere-se ao profissional que, embora tenha uma formação específica que lhe atribui um determinado campo de atuação, busca a compreensão de indivíduos em contextos, através de uma atuação interdisciplinar em que contribui com sua especificidade, refletindo, flexibilizando e contextualizando suas práticas. É essa postura que, na atenção básica, permite o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde. (BOING e CREPALDI, 2010).

As autoras ressaltam que esse entendimento equivocado leva a uma não utilização de todo potencial da Psicologia, bem como dos profissionais que atuam no campo da promoção e da prevenção da saúde, ignorando que “ (...) a saúde mental pode ser entendida como campo de atuação do psicólogo não exclusivo a esse profissional, mas apenas um campo de atuação de sua especificidade (...) (BOING e CREPALDI, 2010).

Finalizam considerando que as transformações necessárias para uma atuação dos profissionais de psicologia no âmbito da atenção primária, depende do compromisso dos gestores, e, sobretudo “da postura dos próprios profissionais em se reconhecerem como atores sociais com potencial de transformar o quadro atual da saúde pública (BOING e CREPALDI, 2010).

De fato, a atuação dos profissionais no SUS perpassam muitos desafios. Uma das experiências no esforço de levantar reflexões para os profissionais da área foi à criação pelo Ministério da Saúde, de uma série de documentos para orientação da Atenção Básica, de forma a serem utilizados como ferramentas para gestão e trabalho cotidiano, onde a partir de algumas experiências, os cadernos de atenção Básica (Núcleo de apoio à Saúde da Família) sistematizam alguns desafios comuns encontrados no cotidiano dos equipamentos públicos, no intuito de se criar reflexões e orientações para sua superação.

Alguns apontamentos referentes aos principais desafios encontrados nas equipes do NASF, por exemplo, revelam que um dos fatores limitantes para atuação das equipes, segundo a percepção dos próprios profissionais e gestores, é a defasagem na formação acadêmica, no qual se observa uma não priorização das aprendizagens necessárias para se trabalhar no SUS, aspectos como, por exemplo, o trabalho em equipe, o vínculo e a coordenação do cuidado. (BRASIL, 2014). Ademais, ressalta-se que essa é uma questão não somente da formação dos psicólogos, pois revela que os outros profissionais que atuam na saúde pública também possuem tais defasagens em sua formação.

Para o autor a ideia de que os problemas da formação do psicólogo brasileiro giram em torno da atenção as diretrizes curriculares do MEC, e as demandas do mercado de trabalho não são as verdadeiras questões a serem problematizadas, apesar de serem fatores importantes a se considerar. O autor chama a atenção expondo que “O que é urgente em nossa atualidade não é resolução dos falsos problemas ou dos problemas mal colocados, mas a colocação apropriada dos verdadeiros problemas” (FERREIRA NETO, 2014).

Ferreira Neto (2014) apresenta elementos para subsidiar as problematizações que perpassam a formação do psicólogo. Segundo o autor, para se entender esses problemas que atravessam a formação da categoria, é necessário abordar duas questões principais: as concepções de subjetividade e a concepção de produção de conhecimento, envolvidas na formação e atuação dos psicólogos.

Sobre a constituição do sujeito, Ferreira Neto (2014) sob perspectiva Foucaultiana, afirma que sujeito não é um ponto de partida ou uma essência original, mas forma-se a partir de certo número de processos. Em vista disso, para o autor o que interessa são os estudos das práticas reais e analisáveis historicamente, pois “Os processos que antecedem e constituem o sujeito são práticas reais, historicamente variáveis que não podem ser reduzidos a uma referência à onipresente “ordem simbólica” Para Foucault, o sujeito deve ser analisado considerando sua demarcação no tempo e no espaço, denominando essa concepção como genealogia dos processos de subjetivação.

Essa concepção de sujeito revela uma dimensão construtivista de subjetividade, ou seja, a subjetividade “(...) como resultante de práticas que o constituem. Sujeito e objeto são constituídos simultaneamente num campo de experiência, em que ambos não param de se modificar um em relação ao outro”(FERREIRA NETO, 2004). A ideia de Foucault é de uma concepção de sujeitos históricos, e subjetividades construídas a partir de determinadas configurações históricas e sociais, configuração esta que esta sempre em constante mudança.

Sobre a concepção de produção de conhecimento envolvidas na formação e atuação dos psicólogos, Ferreira Neto (2004) aponta que a principal questão não se encontra mais no debate sobre o social, pois gradualmente essa questão se deslocou para outra, o mercado.

O autor revela que nos anos 70 com os acontecimentos sociais e políticos, como a eclosão dos movimentos sociais em resistência ao regime militar, e na década seguinte a retomada do debate no âmbito da “área social”, como a saúde, educação e ação social, possibilitou a ampliação para atuação do profissional de psicologia, incluindo as várias mudanças no currículo do curso de psicologia, para adequar a formação do profissional, com o novo mercado que se apresentava.

Ferreira Neto (2004) aponta que as práticas da psicologia não podem ser entendidas de modo simplista, como se tratasse meramente de entender as diversas práticas dos psicólogos como atuações com diferentes modos de se entender os sujeitos e de como se atua para ajuda-los. O autor chama a atenção que as práticas, pois são práticas de produção de subjetividade e sujeitos, e



possuem estreita conexão com os movimentos da história e da vida social. Para o autor as praticas psicológicas podem funcionar de modo submetido aos processos de dominação ou como resistência.

O autor apresenta a ideia de que mesmo com as mudanças nas grades curriculares na formação dos psicólogos, existe uma tendência para uma formação de cunho tecnicista, que atendem apenas as exigências do mercado, reduzindo-se à ação técnica e instrumental, excluindo a dimensão ético-política do fazer do psicólogo.

Ferreira Neto (2004) reflete que a mudança ocorrida na formação dos psicólogos tem como principal motivo a necessidade apresentada pelas novas condições de trabalho. ‘’ Esse, agora, não se limita ao atendimento psicoterapêutico das classes médias urbanas, mas está mais próximo das camadas desfavorecidas da população, o que lhe impõe o contato com novas realidades, até então desconhecidas’’(FERREIRA NETO, 2004).

O contato com essa população das classes mais baixas necessitou mudanças em sua atuação, mas Ferreira Neto (2004) revela que a concepção de sujeito desses profissionais permaneceu a mesma, de modo que as mudanças ocorreram apenas em nível de questões técnicas e formais.

O autor ressalta que a não mudança na concepção de sujeitos e de subjetividade ‘’implicada nessas novas práticas, acarreta na manutenção de um modelo de clínica consoante a flexibilização, no sentido neoliberal recente, mantendo sua função normalizadora de produção de subjetividades a serviço do controle social’’ (FERREIRA NETO, 2004).

Como o trabalho dos psicólogos possuem duas vertentes: mantenedor do status quo ou como prática de modificação da realidade, é necessário ter claro e recusar certos aspectos sociais da atualidade, onde a sociedade brasileira se encontra ‘’sob a égide do neoliberalismo, sobrevalorizando sua função macroeconômica em detrimento de suas outras dimensões’’(FERREIRA NETO, 2004). Entendendo também a sociedade como plural e também desigual.

O autor aponta que a atuação do psicólogo deve ser presidida por posições ético-políticas, aspecto fundamental para necessária problematização tanto no âmbito da formação como em sua atuação. Além de atuar de modo a não dissociar a clinica da politica, para que a atuação do profissional não se torne um desserviço à população.



Saúde, Direitos Humanos e Psicologia

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante a Constituição Brasileira de 1988. Consta como um dos direitos sociais, bem como a educação, assistência social, entre outros. Esse bojo de direitos é considerado fundamental e básico, dado a inquestionável importância da saúde para a vida (e vida com dignidade) Humana. ”(SARLET, 2007)

Para efetivar tal direito, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público que visa garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população Brasileira, se tratando de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. O SUS garantiu acesso universal à saúde a população, que antes era acessível apenas para alguns grupos. (BRASIL, 2017)

A abertura para atuação dos psicólogos no SUS e a efetiva inclusão dos psicólogos nos diversos equipamentos de política pública de saúde, entre eles equipamentos em nível da atenção Básica, possibilitou a expansão de atuação do psicólogo, contudo, tem produzido muitas questões e reflexões diante dos desafios encontrados na práxis desses profissionais, segundo a literatura.

Historicamente a psicologia tem sua atuação voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças e dificuldades emocionais com centralidade na clínica individual, diante da possibilidade de atuação nas equipes de atenção básica do Sistema único de Saúde, o profissional se depara com a orientação de práticas profissionais diferentes encontradas no fazer tradicional, nos moldes da clínica.

Se por um lado as diretrizes para o trabalho no SUS orientam para um trabalho interdisciplinar e cuidado integral ao usuário, por outro, constata-se o desafio de se colocar em prática. A dificuldade se encontra desde a formação dos profissionais, que de acordo com Carvalho e Ceccim (2012) o modo como hoje a universidade contemporânea se organiza, ou seja, por meio de disciplinas, da origem ao corporativismo das especialidades, portanto, da fragmentação como modo organizador dos saberes-fazeres. Essa configuração dificulta as práticas interdisciplinares, pois não estimula a integração dos conhecimentos. Além da falta de espaço e tempo para práticas criativas, bem como a falta de estímulo para o trabalho coletivo, responsabilidade social do profissional entre outros.



A Política Nacional de Atenção Básica, no intuito de preencher esse hiato da formação dos profissionais atuantes na Saúde Pública, do qual nem sempre estão aptos a atuarem com a dinâmica que o trabalho exige, estabelece formação e capacitação continua dos profissionais da Atenção Básica, sob-responsabilidade das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) para se alcançar essa meta. A PNAB orienta a criar estratégias para a qualificação da força de trabalho, tanto no âmbito da gestão, como da atenção à saúde, bem como valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação permanente dos profissionais das equipes. Enfatiza que o caráter da formação continua é uma estratégia potencializadora "para desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. " (BRASIL, 2007).

Ao longo do tempo, o fazer psi vem sofrendo modificações, e apesar do histórico da profissão ser voltado para o modelo clínico liberal, a psicologia quando atuante de forma ético-política, pode ser instrumento de transformações concretas, como é o caso de sua participação na luta antimanicomial pela reforma psiquiátrica, do qual consistiu em um movimento crítico em busca de reformulação do modelo psiquiátrico tradicional e obteve grandes transformações no que se diz respeito à saúde mental. Revelando assim a potencia das ações da profissão, juntamente a outros diversos atores sociais (AMARANTE, 1995).

Sawaia (2009) nos elucida que o psicólogo tem sido cada vez mais chamado a ocupar espaços nas políticas públicas de superação da desigualdade social, participando também da assistência social. Reflete sobre a possibilidade do psicólogo diante desse lugar, poder fazer uma análise onde não haja a dualidade comumente do social separado do singular, abre a possibilidade de se pensar o homem em sua totalidade, em seu contexto.

Para garantia da atenção integral aos usuários do sistema público de saúde, é necessário que o profissional tenha uma visão ampla dos direitos humanos, constituindo como direitos decorrentes da dignidade do ser humano, bem como a compreensão do conceito de Direitos Humanos, do qual reconhece que cada ser humano pode desfrutar de seus direitos sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outro tipo, origem social, origem nacional ou condição de nascimento ou riqueza. Abrangendo, dentre outros, o direito à vida com qualidade, à saúde, à



educação, à moradia, ao lazer, ao meio ambiente saudável, ao saneamento básico, à segurança, ao trabalho. Entendendo, portanto, o homem como um ser biopsicossocial. (UNITED NATIONS, 2017).

No intuito de garantir uma atuação cidadã comprometida para uma sociedade mais justa, todo profissional do sistema de saúde pública deve refletir e desenvolver uma visão crítica sobre a representação social dos Direitos Humanos, no contexto das demandas em que atua, desconstruir preconceitos e identificar os principais mecanismos para sua promoção, bem como conhecer a forma de sua utilização. O psicólogo deve atuar de modo a construir em prática que propiciem modificações na realidade, sob a perspectiva ético-política. Portanto, sua atuação deve ser de modo a garantir a efetividade dos direitos humanos e o pleno exercício da cidadania, aspectos básicos para produção de saúde.

Nessa perspectiva, as temáticas direitos humanos, saúde e psicologia se convergem no instante que todos potencialmente se constituem como instrumento de transformação da realidade. Portanto, promover saúde, intuito último da atuação dos psicólogos, é promover os Direitos Humanos.

Bibliografia

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. Acesso em: 09 out. 2017 Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CNkXAAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=reforma+psiquiatrica&ots=q10QkaHHj5&sig=y2oZz9N7B9uVgUHbe04qBUFpgo#v=onepage&q&f=false)

[BR&lr=&id=CNkXAAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=reforma+psiquiatrica&ots=q10QkaHHj5&sig=y2oZz9N7B9uVgUHbe04qBUFpgo#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CNkXAAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=reforma+psiquiatrica&ots=q10QkaHHj5&sig=y2oZz9N7B9uVgUHbe04qBUFpgo#v=onepage&q&f=false) >

BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. **O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, set. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 out. 2017.

BUSS. Paulo M; FILHO. Alberto Pellegrini. **Avanços no conhecimento sobre determinantes sociais da saúde no Brasil**. 1ª Reunião da CNDSS Brasília, 2006. Acesso em: 18 out. 2017



Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033

BRASIL. Ministério da educação. **Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, 2003. Acesso em: 09 out. 2017. Disponível em: < <http://new.netica.org.br/prevencao/cartilha/plano-educdh.pdf> >

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Acesso em: 08 out. 2017. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Portal da Saúde. **Entenda o SUS**. 2017. Acesso em: 18 out. 2017. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>

GUSMÃO. Ana Carolina. **Evolução Histórica dos Direitos Humanos**. 2017. Acesso em: 10 Out. 20017. Disponível em <https://pt.slideshare.net/amandinhacris/evolucao-historica-dos-direitos-humanos>

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de saúde**. Brasília: MS, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 11 Out.2017

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana. **Promoção da Saúde: Práticas grupais na estratégia Saúde da Família**. Belo Horizonte: Hucitec, 2011.

MACHADO, M.F.A.S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):335-342, 2007. Acesso em: 09 out. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2> >

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atenção Primária em Saúde**. Brasília:OMS,2017. Acesso em: 09 out. 2017 Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=341:atencao-primaria-em-saude&Itemid=445

UNITED NATIONS. **Human Rights**. Organização das Nações Unidas: 2017. Acesso em: 23 out. 2017 Disponível em: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Método clínico centrado na pessoa.** Departamento de Medicina. [199?] 24 slides. Cor. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/7670747/> Acesso em: 01 nov. 2017

VICTORA, C; WAGSTAFF, A et al. **Por que os pobres morrem mais cedo?** Primeira Reunião da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) Brasília, 15 mar.2006. Universidade Federal de Pelotas. 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2555093/mod_resource/content/0/5-1_Victora-Desigualdades_Brasilia_CNDSS.pdf Acesso em: 02 nov. 2017