

ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO DE ATUAÇÃO PARA O PROFISSIONAL PSICÓLOGO

Letícia Leite¹
Beatriz Lobo²
Nara Schmidt Lima³
Celito Francisco Mengarda⁴

RESUMO

Acolhimento é uma estratégia de mudança no atendimento na saúde pública, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa trabalhar em equipe multiprofissional e humanizar as relações entre usuários e profissionais da saúde. O presente trabalho refere-se ao relato de experiência da primeira autora no Centro de Extensão Universitária Vila Fátima – PUCRS e tem como objetivo refletir a respeito da atuação do psicólogo nessa prática, sua relevância e objetivos, a partir da abordagem dos temas: Sistema Único de Saúde (SUS) e ESF, equipe multiprofissional, Acolhimento, Psicologia e saúde pública. A integração teórico-prática possibilitou conclusões sobre os objetivos do psicólogo no Acolhimento: aprimorar o atendimento aos usuários, com o conceito de Integralidade do SUS; auxiliar a mudança do foco da doença para o indivíduo; compreender suas potencialidades e possibilidades de ação na saúde pública. Porém, dificuldades foram encontradas pela carência de ensino na academia sobre a atuação do psicólogo na saúde pública, bem como falhas no cumprimento de princípios norteadores do SUS pela equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Acolhimento; saúde pública; equipe de assistência ao paciente; integralidade.

MULTIPROFESSIONAL HOST IN FAMILY HEALTH STRATEGY: PRACTICE SPACE FOR PROFESSIONAL PSYCHOLOGIST

ABSTRACT

Host is a strategy of change in attendance on public health, on Family Health Strategy (FHS), which aims to work in a multiprofessional team and to humanize relations between users and health professionals. This work recounts an experience in University Extension Centre Vila Fatima – PUCRS and aims to reflect on the performance of the psychologists in practice, as well as their relevance and goals, from the approach of topics: Unified Health System (UHS) and FHS, multiprofessional team, Host, Psychology and public health. Theoretical-practical integration led to conclusions about the goals of the psychologist in Host: improve service to users, with the concept of Integrality of UHS; help to change the focus of the illness to the individual; understand their potential and possibilities of action on public health. However, difficulties were

¹ Acadêmica do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), estagiária do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima – PUCRS, Porto Alegre, Brasil.

² Acadêmica do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, Porto Alegre, Brasil.

³ Doutora em Psicologia (PUCRS), vice-diretora e professora adjunta da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, Brasil.

⁴ Doutor em Psicologia (USP), professor adjunto da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, Brasil.

encountered by the lack of teaching at the Academy on actuation of the psychologist in public health, as well as failures to comply with principles of UHS by multidisciplinary team.

Key-words: Host; public health; patient care team; entirety.

Introdução

O Acolhimento pode ser entendido como uma ação estratégica de mudança no processo de atendimento na saúde pública, objetivando alterar as relações entre profissionais da saúde e usuários. Desse modo, lida com alterações entre o trabalho em equipe multiprofissional em busca da humanização das relações, estabelecendo vínculo e responsabilização das equipes com os usuários, já que aumenta a capacidade de escuta às demandas apresentadas. Aos profissionais que participam desse processo é uma oportunidade para familiarização à realidade das necessidades dos usuários do serviço, em busca de um trabalho eficiente e eficaz.

O presente relato de experiência tem como objetivo refletir a respeito da atuação do psicólogo na prática do Acolhimento realizado na Estratégia de Saúde da Família, a partir do esclarecimento de sua relevância e objetivos dentro da equipe multiprofissional de saúde. Nessa perspectiva, serão abordados temas relacionados, tais como: Sistema Único de Saúde (SUS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), trabalho em equipe multiprofissional e modelo biopsicossocial, a prática do acolhimento, bem como a relação entre Psicologia e saúde pública.

As evidências práticas serão tratadas a partir da experiência da primeira autora, estudante de graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em seu estágio curricular realizado no Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF), uma Unidade de Saúde da PUCRS vinculada à Prefeitura Municipal de Porto Alegre, localizada na Vila Fátima (pertencente a uma região maior, o Bairro Bom Jesus).

Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A partir do ano de 1988, com a nova Constituição Federal, ocorre a instituição do SUS, delegando aos municípios as responsabilidades dos serviços de atenção à saúde (More, Crepaldi, Queiroz, Wendt, & Cardoso, 2004). Definido como um modelo de assistência que implica numa nova formulação política e num desenho organizacional distinto dos serviços e das ações de saúde, o SUS tem como objetivo principal trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Sua terminologia (Sistema Único) justifica-se por seguir os mesmos princípios em todo o território nacional, estando sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal.

Sendo assim, conforme a Associação Paulista de Medicina (2008), o SUS deve: (1) atender a todos, de acordo com suas necessidades, através do Princípio da Universalidade; (2) ser equânime, entendendo que as diferenças individuais (econômicas e sociais) não podem apresentar impedimentos para o consumo de bens e serviços de saúde; (3) atuar de forma integral, de forma que as ações de saúde devem ser conjugadas de promoção, proteção e recuperação da saúde; (4) ser descentralizado, com o poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações (5) ser democrático, pois preconiza o direito de participação de todos os segmentos envolvidos:

dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários (6); e por fim, ser eficiente e eficaz, produzindo resultados com qualidade.

Sintonizada com os princípios do SUS, surge em 1994 uma nova estratégia do setor de saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), hoje nomeado como Estratégia de Saúde da Família (Escorel, Giovanella, Mendonça, & Senna, 2007). Compreendida como um recurso de reorientação do modelo assistencial, a ESF privilegia a lógica de linhas de cuidado em que todo cidadão tem o direito de ser cuidado por uma equipe, de forma integral e resolutive (Schwartz, Ferreira, Maciel, & Lima, 2010). Assim, o trabalho é realizado com equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), são formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, recentemente integrada, a equipe de saúde bucal (composta por um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental) que atuam através de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade.

Cada equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de cadastro e diagnóstico de suas características, tornando-se mais acessível às necessidades dos indivíduos atendidos (Escorel, et al., 2007; Souza & Carvalho, 2003). A ESF volta-se aos problemas de saúde da população através da atenção primária, trabalhando com abordagem integral da pessoa que é inserida em seu contexto familiar e social. A prevenção de doenças e a promoção da saúde da população exigem um trabalho que vai além do hospital e postos de saúde. Exigem ações na comunidade, escolas, saneamento, habitação, promoção do auto-cuidado, entre outras (More et al., 2004; Rodrigues, Lima & Roncalli, 2008). Assim, a equipe da ESF familiariza-se com a realidade da população e consegue desenvolver um processo de planejamento a partir dessa realidade, para executar ações compatíveis com suas necessidades (More et al., 2004; Escorel, et al., 2007; Souza & Carvalho, 2003). Dessa forma, faz-se necessária a compreensão dos conceitos de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, pois o trabalho em equipe destaca-se no conjunto de características da ESF como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho enquanto possibilidade de uma abordagem mais completa, sendo uma importante prerrogativa estratégica para a mudança do atual modelo de assistência em saúde (Marques et al., 2007; Silva & Trad, 2005).

Trabalho em Equipe Multidisciplinar: em Busca do Modelo Biopsicossocial

De acordo com Ferreira (1993, p.514), trabalho refere-se a “aplicação de forças e faculdades humanas para alcançar determinado fim”. Em equipe, este trabalho é realizado por pessoas que, juntas, se dedicam a uma determinada tarefa.

Cada trabalho possui suas especificidades e diferenças técnicas que contribuem para sua divisão e conseqüente melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite não só o aprimoramento do conhecimento em determinada área de atuação, bem como maior produção. Dessa forma a proposta do trabalho em equipe é percebida como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, que tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, porém sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (Marques et al., 2007; Rosa &

Labate, 2005).

Na proposta da ESF, o trabalho em equipe tem ocupado uma posição de destaque, atuando como um importante recurso de trabalho, na medida em que leva a um rompimento da dinâmica dos serviços centrados na figura do médico, configurando-se a possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (Araújo & Rocha, 2007; Leite & Veloso, 2008). Esse trabalho em equipe sugere um modelo multiprofissional, conceituado pela justaposição de disciplinas diversas com a intenção de esclarecer os seus elementos comuns, mas sem inter-relação (Ferreira, Varga, & Silva, 2009; Vilela & Mendes, 2003).

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, requerendo, assim, alta complexidade de saberes, para que ocorra uma construção de consensos e configurações de projetos assistenciais comuns, formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde (Marques et al., 2007).

Nesse contexto, percebe-se que o modelo multiprofissional tradicional constitui um grande desafio a ser superado, pois focaliza o indivíduo compartimentado. As várias categorias profissionais trabalham paralelamente, de forma isolada, havendo pouca ou até mesmo nenhuma discussão, o que gera uma atenção fragmentada, desumanizada e centrada na recuperação biológica individual (Leite & Veloso, 2008). O enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde da população requer que as várias categorias profissionais trabalhem em conjunto, a partir da integração dos campos de conhecimento das diversas profissões e também do saber da comunidade (Leite & Veloso, 2008), atingindo, com isso, a interdisciplinaridade.

Para Leite e Veloso (2008), o termo interdisciplinaridade remete à idéia de colaboração entre diversas áreas de saber e de conhecimento em projetos que envolvem tanto as diferentes disciplinas acadêmicas quanto as práticas não-científicas. A interdisciplinaridade pode ser vista com uma relação de reciprocidade e mutualidade, pressupondo uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano. Essa concepção associa-se a características de personalidade dos profissionais, já que precisam ter flexibilidade, confiança, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, bem como aceitação de novos papéis (Vilela & Mendes, 2003).

Sendo assim, os profissionais da saúde passam a compreender o homem como sujeito biopsicossocial, reconhecendo que “forças biológicas, psicológicas e sociais agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença, ou seja, a saúde e a doença devem ser explicadas em relação a contextos múltiplos” (Straub, 2005, p.42). Uma nova concepção que permite visão abrangente a respeito da saúde e doença, em substituição ao modelo biomédico, que propõe que toda doença ou desordem física pode ser explicada por alterações no processo fisiológico resultante de lesões, desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas ou virais e similares (Traverso-Yepez, 2001).

A Prática do Acolhimento

O Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de

saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão (Solla, 2005; Souza, Vilar, Rocha, Uchoa, & Rocha, 2008). Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Nos preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH), Acolhimento implica na atitude do trabalhador frente à recepção do usuário a partir de sua chegada no serviço de saúde, ouvindo sua queixa e permitindo a expressão de suas preocupações e angústias. Ao mesmo tempo, coloca os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. O critério de priorização da atenção passa a ser o agravo à saúde e/ou o grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (Ministério da Saúde, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a prática do Acolhimento nos serviços de saúde objetiva: (a) aprimorar a entrada dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional, por filas e ordem de chegada; (b) humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar estes usuários em seus problemas e demandas; (c) mudar o foco: da doença para o sujeito; (d) aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por risco apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução; (e) aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles.

A Psicologia integra seus conhecimentos, pois vê que o simples Acolhimento já tem significado importante para muitos usuários. Por Acolhimento entende-se uma disposição afetiva do psicólogo, uma atitude de escuta que visa receber, aceitar, onde a expressão do sofrimento já proporciona alívio ou mesmo certa clareza em relação à situação vivida, criando condições para modificá-la (Marques, 2005).

A Psicologia e a Saúde Pública

Os currículos acadêmicos dos cursos de Psicologia produzem um modelo de atuação profissional, o modelo da psicoterapia individual, o que se constitui num entrave para o exercício de atividades em novas áreas que envolvem atividades para as quais o psicólogo não foi preparado, como é o caso do campo da assistência pública à saúde (Paulin & Luzio, 2009). Dessa forma, quando o psicólogo passa a trabalhar nas instituições públicas de saúde, ele se depara com uma clientela e com um tipo de demanda que difere das que ele atende na clínica privada (Dimenstein, 2000; 2001).

Assim, uma das primeiras dificuldades que o psicólogo enfrenta no serviço público de saúde diz respeito ao comportamento dos pacientes diferir do que era por ele esperado: grande número de faltas às consultas, atrasos frequentes; dificuldades de comunicação; grande número de abandono dos tratamentos, comportamento que na maioria das vezes é atribuído à falta de interesse ou capacidade de compreensão dos pacientes para a tarefa terapêutica. Somado a isso, o psicólogo se vê diante de problemas que escapam ao domínio específico da clínica, referentes às condições de vida da população, as quais têm implicação nos problemas trazidos até a instituição de saúde (Dimenstein, 2000).

Dimenstein (2001) sugere ainda que a falta de inserção histórica da Psicologia à realidade social, às necessidades e ao sofrimento da população, levou (e leva) profissionais a realizarem distorções teóricas e práticas descontextualizadas, tendendo a uma psicologização dos problemas sociais, pela incapacidade de perceberem as especificidades culturais dos sujeitos. Isto se deve às dificuldades desse profissional em superar as práticas cristalizadas e ensinadas na academia e de se adaptar às novas exigências de responsabilidade social, princípios da qualidade, da ética e da cidadania, postos especialmente pelo setor saúde. Assim, torna-se necessário repensar esse modelo de fazer psicologia na área de saúde pública, expandindo as suas práticas e formas de atuação para que ocorra uma intervenção mais adequada (Paulin & Luzio, 2009).

Nesse contexto, Spink (2003) sugere uma Psicologia Social da Saúde que tem como características principais a atuação centrada em uma perspectiva coletiva e o comprometimento com os direitos sociais e com a cidadania. A atuação se dá principalmente nos serviços de atenção primária à saúde, focaliza a prevenção da doença e a promoção da saúde e incentiva os atores sociais envolvidos para a geração de propostas de transformação do ambiente em que vivem. Trata-se, portanto de um processo de transformação crítica e democrática que potencializa e fortalece a qualidade de vida.

A Psicologia Social da Saúde, ao contribuir para a superação do modelo biomédico, objetiva trabalhar dentro de um modelo mais integrado. Reconhece a saúde como um fenômeno multidimensional em que interagem aspectos biológicos, psicológicos e sociais e caminha para uma compreensão mais holística do processo “saúde-doença-cuidado” (Camargo-Borges & Cardoso, 2005). Dessa maneira, a inserção da Psicologia na ESF pode ser útil para contribuir para a transformação das práticas em saúde rumo à integralidade.

Junto desses aspectos, as recentes Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Psicologia apontam que, como parte das competências gerais de cada profissional, existe a necessidade de assegurar que a sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, assegurando assim, a importância do trabalho multidisciplinar e intersetorial (Ministério da Educação, 2002). Tais resoluções estão consonantes com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção a gestão no Sistema Único de Saúde, entre elas, a constituição de uma clínica ampliada (Pires & Braga, 2009).

Contextualização do Local da Prática: O Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF) – PUCRS

O Centro de Extensão Universitária presta serviços nas áreas de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Serviço Social, Nutrição, Direito, Pedagogia, Fisioterapia, Farmácia, Psicopedagogia e Psicologia, somado à parceria do Hospital São Lucas, da própria Universidade. São realizadas diariamente nesse Centro atividades de ensino e de serviço nas áreas de saúde, educação e assistência social. Os dados das pessoas atendidas em qualquer área são registrados em prontuários manuais, por família, os quais apresentam documentos com lista de problemas, evolução dos procedimentos, prescrições, resultados de exames, bem como qualquer outro dado que pareça importante para acompanhamento futuro.

O Centro possui vínculo com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (que delimita a área geográfica pela qual deve se responsabilizar, através do

acompanhamento de um número definido de famílias) realizando atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, não constitui-se como Estratégia de Saúde da Família (ESF), a princípio por não possuir contratados Agentes Comunitários de Saúde. Apesar disso, as atividades realizadas enquadram-se como ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade, realizando atividades como assistência e acompanhamento mensal de crianças durante o primeiro ano de vida, desde o período recém-nascido, programa de assistência ao paciente acamado, vacinas e visitas domiciliares, característicos de uma ESF.

A Realidade do Serviço de Psicologia do CEUVF na Prática do Acolhimento: Teorizando a Prática, Praticando a Teoria

Em março de 2009 a primeira autora do presente relato iniciou seu estágio curricular de Psicologia no CEUVF, objetivando exercer atividades ampliadas, tais como: Acolhimento e triagem psicológica, atendimentos individuais, atendimentos em grupo, trabalho em equipe multidisciplinar, visitas domiciliares, discussão de casos em equipe, dentre outros. Seu objetivo principal era inserir-se numa atuação em saúde pública, já que pouca aprendera a respeito de tal prática em seu currículo acadêmico.

Logo no início do exercício de suas atividades, foi contemplada com um desafio: ingressar no grupo multiprofissional que compunha a equipe responsável pelo Acolhimento, uma prática recém-chegada ao Centro, com início em janeiro de 2009. Tal prática ocorre durante todas as manhãs da semana e, a cada turno, a equipe do Acolhimento modifica-se, porém sempre mantendo a mesma estrutura: um acadêmico do curso de Medicina e um profissional contratado do serviço, acrescido de um estudante de outra área, entre elas a Psicologia. Cabe destacar que todos esses estudantes são devidamente acompanhados por seus professores supervisores.

A proposta de inserção do serviço de Psicologia nessa atividade foi levada à reunião de equipe multiprofissional, um espaço reservado para discussões das atividades realizadas no Centro, aberta para todos aqueles que ali trabalham. Foi nesse espaço que a primeira autora passou a compreender as dificuldades que teria frente sua inserção no Acolhimento, pois mesmo justificando sua participação a partir dos princípios do SUS de Integralidade, algumas verbalizações de membros da equipe acolhedora foram pontuais, tais como: “(...) mas é muita gente para atender, o usuário pode se sentir intimidado”, ou então “(...) não vejo que seja um espaço para a Psicologia, não tem tempo suficiente”. Apesar disso, a proposta foi aceita e a autora passou a trabalhar em uma manhã da semana, em caráter experimental.

No primeiro contato, foi bem recebida pelos colegas do Serviço Social e Medicina, porém, sentiu-se intimidada para realizar algum tipo de intervenção em conjunto, por estar em local novo, com pessoas que ainda não conhecia em uma atividade que não era de seu domínio. Observou a dinâmica e, após duas manhãs de trabalho, delimitou que essa atividade potencializaria sua experiência nos seguintes aspectos: (1) familiarização à realidade das necessidades dos usuários do serviço, para uma melhor intervenção; (2) ampliação e compreensão de suas potencialidades profissionais e possibilidades de ação do psicólogo em saúde pública, dentro de um serviço similar à ESF.

No decorrer dos Acolhimentos, sentia dificuldades para expor suas opiniões frente aos casos, sobretudo devido à escassez de tempo. Sabe-se que a saúde pública

possui uma demanda em geral superior à capacidade de atendimento, fazendo com que os profissionais trabalhem em tempo restrito. Com isso, passou a se expressar nos instantes em que o estudante de medicina ausentava-se para solicitar orientação de seu supervisor, mesmo sabendo que essa não seria a melhor estratégia, já que valoriza o trabalho multidisciplinar, que focaliza o indivíduo compartimentado, ao invés do interdisciplinar, que valoriza a integração dos conhecimentos das áreas de saúde, no intuito de dar conta do complexo ser humano (Leite & Veloso, 2008).

Sendo assim, a estagiária passou a trabalhar o diálogo com a Assistente Social, ampliando a investigação integral da saúde do usuário. Percebeu, contudo, que após o retorno do graduando de medicina à sala, esse não socializava as orientações de seu supervisor para o restante da equipe discutir e concluir, apenas encerrava o atendimento com o paciente, deixando uma clara impressão de seu poder frente aos demais, fugindo da proposta base do Acolhimento: deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (Franco, Bueno, & Mehry, 1999). Apesar disso, entendeu que essa atitude nada mais era do que uma postura profissional, pois teve a oportunidade de trabalhar com estudantes de medicina que discutiam com o grupo, durante e após o Acolhimento, reforçando a interdisciplinaridade.

De uma maneira geral, após quatro meses de participação na equipe multiprofissional do Acolhimento, algumas considerações sobre a prática no CEUVF podem ser delimitadas. Percebeu-se certa falta de compreensão sobre a definição “Acolhimento”, tanto da parte dos usuários, quanto dos profissionais, pois muitas vezes a prática realizada assimilava-se à triagem, contrapondo a citação de Ministério da Saúde (2009, p. 23), que menciona essa atividade como diferente “da triagem, pois não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.”

Há dificuldades sobre a compreensão da descentralização do poder médico, pois o Acolhimento realizado no CEUVF não ocorre com a ausência dos profissionais da medicina. A própria cultura do usuário reforça a necessidade da presença médica, pois entende que é um espaço para falar de sua demanda orgânica. O diálogo a respeito de temas sobre conceito e objetivos do Acolhimento pode ser um importante fator para capacitação do manejo desses profissionais.

Há demanda para atuação do psicólogo nessa prática. O usuário chega ao Acolhimento, na maioria das vezes, por queixas médicas e é apenas na investigação integral de suas necessidades que percebemos uma lacuna nas questões psicológicas e sociais. Contudo, a Psicologia apresenta-se insegura frente atuação em equipe multidisciplinar, o que remete ao fato de que os currículos acadêmicos produzem um modelo de atuação profissional voltado para psicoterapia individual, resultando em despreparo ao exercício de atividades em novas áreas, como na assistência pública à saúde (Dimenstein, 2000; Paulin & Luzio, 2009; Pires & Braga, 2009).

Entretanto, aspectos positivos são igualmente considerados. A implantação de tal prática viabilizou a redução das filas de acesso, concretizando um dos objetivos do Acolhimento, qual seja, aprimorar a entrada dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional, por filas e ordem de chegada (Ministério da Saúde, 2009). Os agradecimentos dos usuários, ao final de seus Acolhimentos, bem como retorno positivo desses aos demais profissionais dos variados serviços oferecidos pelo CEUVF evidenciam sua satisfação frente ao trabalho da equipe Acolhedora, através de uma escuta, com intervenção eficaz.

Contudo, salienta-se que o Acolhimento, por ser uma atividade recém implantada no CEUVF, ainda está em período de adaptação e transformação, sobretudo

pelo interesse dos profissionais que o fazem. Percebe-se que esses profissionais buscam modificar uma postura rígida proposta pelo modelo médico, visando uma compreensão de sujeito biopsicossocial, em que a saúde e a doença são explicadas em relação a contextos múltiplos: forças biológicas, psicológicas e sociais (Straub, 2005). Isso torna claro um movimento ao progresso de um trabalho comprometido com o usuário, voltado para suas efetivas necessidades.

Considerações Finais

A proposta de inserção do Psicólogo na prática do Acolhimento realizado em ESF justifica-se pela necessidade de aprimorar o atendimento aos usuários, tendo como base o conceito de Integralidade estabelecido pelo SUS. Sendo assim, entende-se que o trabalho em equipe é fundamental e deve ser encarado como um meio de enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, já que não há categoria profissional que contemple todas as necessidades do ser humano.

Nesse contexto, a entrada do psicólogo na equipe multiprofissional do Acolhimento visa auxiliar a transformação cultural dos profissionais da saúde e usuários dos serviços, que tende a centralizar o poder de decisão no médico. A partir de uma Psicologia da Saúde, o psicólogo é capaz de agregar e compartilhar saberes em busca da visão integral do sujeito, auxiliando na mudança do foco - da doença para o indivíduo - focalizando prevenção e a promoção da saúde, para atingir qualidade de vida. Porém, é necessário resgatar as múltiplas dimensões de saúde e reformular a postura de intervenção profissional, além de incorporar outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde (Paulin & Luzio, 2009).

Acolhimento não é consulta, não é triagem e, com isso, não pressupõe profissional específico para fazê-lo (Ministério da Saúde, 2009). Cabe àquele que ali recebe o paciente usufruir da “escuta” com um único propósito: compreender a necessidade daquele que fala, com responsabilidade para efetivar uma resolução eficiente para sua demanda. A Psicologia integra seus conhecimentos por perceber a escuta como técnica de trabalho, sabendo que o “simples” (para muitos não é simples) falar sobre o sofrimento ou queixa já proporciona alívio e entendimento a respeito da situação vivida.

Sabe-se que as dificuldades de manejo do Psicólogo nos serviços de saúde pública devem-se, essencialmente, à carência de preparo nas academias. Apesar disso, é no Acolhimento que esse profissional encontra espaço para melhor compreensão de suas potencialidades e possibilidades de ação. Cabe a ele auxiliar a equipe na compreensão dinâmica daquele que é acolhido, não focando apenas os aspectos psicológicos em questão, mas a relação desses com o restante do contexto orgânico e social do sujeito. Deve, com isso, ser pontual em suas observações, utilizando linguagem clara e acessível, estando sempre atento a sua tendência a “psicologizar” as questões apresentadas. Se a academia ainda não oferece a formação necessária para atuação em saúde pública, é de responsabilidade do profissional que dela participa buscar capacitação extra para sua atuação, com ousadia para movimentar mudanças internas (suas dúvidas e medos a respeito de uma área que não domina e/ou não conhece), quanto externas (visão dos colegas e usuários a respeito da Psicologia aplicada nesses serviços). É preciso substituir paradigmas clínicos para um paradigma de Saúde Pública, adotar modelos ampliados de atuação, que permitam a troca de informação com outros profissionais e que permitam a identidade como profissional da

saúde, preocupado com a promoção do bem-estar da população (Paulin & Luzio, 2009).

Contudo, ainda que o psicólogo não faça parte da equipe mínima necessária para formação de um ESF (estabelecida pelo Ministério da Saúde), esse é sem dúvida um campo para sua atuação, sendo o Acolhimento apenas uma das muitas atividades que pode exercer. Frisa-se, com isso, a responsabilidade desse profissional em mostrar aos demais profissionais da saúde e usuários suas potencialidades para agregar saberes e qualificar a prática dos serviços de atenção primária à saúde.

Referências Bibliográficas

Araújo, M. B. S., & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 455-464.

Associação Paulista de Medicina (2008). *SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*, v.1. São Paulo: Atheneu.

Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.

Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.

Scorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., & Senna, M. C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 21, 164-176.

Ferreira, A. (1993). *Minidicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferreira, R. C., Varga, C. R. R., Silva, R. F. (2009). Trabalho em equipe multiprofissional: A perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1), 1421-1428.

Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353.

Leite, R. F. B., & Veloso, T. M. G. (2008). Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicologia: ciência e profissão*, 28(2), 374-389.

Marques, J. B., Aprígio, D. P., Mello, H. L. S., Silva, J. D., Pinto, L. N., Machado, D. C. D., & Bastos, V. H. V. (2007). Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): Uma atualização da literatura. *Revista*

Baiana de Saúde Pública, 31, 246-255.

Marques, N. (2005) Entrevista de Triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica. In: Macedo, M., & Carrasco, L. (Org.). *(Con) Textos de Entrevista*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo.

Ministério da Educação. Brasil (2002). *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em psicologia*. Recuperado em 05 de novembro de 2010, de <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/pareceres/07202Psicologia.doc>.

Ministério da Saúde. Brasil. (2002). *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Editora MS.

Ministério da Saúde. Brasil (2008). *HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (3ª ed.). Brasília: Editora MS.

Ministério da Saúde. Brasil. (2009). *O SUS de A a Z*. Brasília: Editora MS.

More, C. L. O., Crepaldi, M. A., Queiroz, A. H., Wendt, N. C., & Cardoso, S. C. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1), 59-75.

Paulin, T., & Luzio, C. A. (2009). A Psicologia na Saúde Pública: Desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8, 98-109.

Pires, A. C. T., & Braga, T. M. S. (2009). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, 17, 151-162.

Rodrigues, M. P., Lima, K. C., & Roncalli, A. G. (2008). A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 71-82.

Rosa, W. A. G., & Labate, R. C. (2005). Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13, 1027-34.

Schwartz, T. D., Ferreira, J. T. B., Maciel, E. L. M., & Lima, R. C. D. (2010). Estratégia Saúde da Família: Avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2145-2154.

Silva, I. Z. Q. J., & Trad, L. A. B. (2005). O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 9, 25-38.

Solla, J. J. S. P. (2005). Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 5, 493-503.

- Souza, E. C. F., Vilar, R. L. A., Rocha, N. S. P. D., Uchoa, A. C., & Rocha, P. M. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: Uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 24(Sup 1), S100-S110.
- Souza, R. A., & Carvalho A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 515-523.
- Spink, M. J (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Traverso-Yopez, M. (2001). A interface Psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.
- Vilela, E. M., & Mendes, I. J. M. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 525-531.

Endereço para correspondência:

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, 8º andar, sala 803 - Partenon - Porto Alegre/RS - CEP: 90619-900.

E-mail: leticia.leite@acad.pucrs.br

Recebido em 10/08/2010.

Aceito para publicação em 13/10/2010.