

CADERNO DISCENTE ESUDA

Número temático: Debates sobre o desenvolvimento humano

Volume 2, Número 1

O ESPAÇO DA FAMÍLIA NA SAÚDE PÚBLICA: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA PSICOLÓGICA

MARIA DO ROSÁRIO CAVALCANTI DA SILVEIRA*

Resumo

Este artigo é fruto das inquietações da pesquisadora sobre as intervenções psicológicas realizadas no contexto público. Tem por objetivo discutir sobre a compreensão de prática psicológica no acolhimento às famílias na saúde pública e foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica dos artigos de 2000 – 2014 da livraria eletrônica Scielo, e de outras publicações, referentes ao tema. Percebeu-se que essa intervenção com famílias ainda ocorre por um olhar individualizado, baseado no modelo anterior de inserção do psicólogo na saúde pública.

Palavras-chave: *Família. Saúde Pública. Prática Psicológica.*

Abstract

This article is a result of the concerns of the researcher about psychological interventions carried out in the public context. Aims to discuss the understanding of psychological practice in host families in public health and was conducted from bibliographical research articles of 2000-2014 electronic library Scielo, and other publications related to the topic. It

*Psicóloga Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), cursando o Mestrado em Psicologia Clínica na linha de Práticas Psicológicas em Instituições na mesma instituição e concluinte da Especialização em Famílias e Intervenções Psicossociais na Faculdade de Ciências Humanas Esuda (ESUDA). E-mail: mariadorosarioes@hotmail.com

was noticed that this intervention with families still occurs for an individual look, based on the previous model of insertion of the psychologist in public health.

Key words: *Family. Public Health. Psychological Practice.*

INTRODUÇÃO

Algumas produções científicas em Psicologia incentivam a criação de políticas públicas que atendam às necessidades das famílias, e de profissionais mais coerentes a essas demandas. No entanto, é percebido que esses trabalhos não alteram significativamente a forma como essas políticas são efetivadas, uma vez que outros surgem nos anos seguintes com temáticas semelhantes.

Tal cenário permite compreender que não faltam profissionais que questionem suas práticas, assim como o contexto político-econômico do país, no entanto, trás a noção de que algo acontece e acarreta uma ação incoerente com o que se percebe necessário a ser mudado. Mostra-se relevante, então, refletir sobre qual postura interventiva do psicólogo demanda a família na saúde pública e de que modo a ação deste profissional vem contribuindo para a efetivação de tais políticas.

O presente artigo parte dessas compreensões e tem por objetivo discutir acerca da compreensão de prática psicológica no acolhimento às famílias na saúde pública. Parte do pressuposto da não neutralidade profissional, de que o modo como a família é compreendida afeta o modo de intervir e de que a intervenção psicológica está atravessada pelos paradigmas ideológicos desse profissional, que se orienta não só por suas próprias idealizações de intervenção na saúde pública, como também pelo modo de olhar individual ou coletivo para cada membro familiar.

Longe de representar um “defeito” a ser corrigido, esse fenômeno pode significar um convite aos psicólogos para repensarem essa prática através de uma intervenção que considere o atravessamento interrelacional/intersubjetivo que ocorre na experiência do contato com o outro.

Foi escrito a partir de pesquisa bibliográfica, através da leitura de artigos coletados no banco de dados da livraria eletrônica Scielo, de 2000 – 2014, e de outras publicações concernentes ao tema para contribuir em sua problematização. Essa pesquisa será apresentada utilizando-se o recurso poético, como forma de poder suscitar outros questionamentos e facilitar a compreensão para o leitor. Considera que “a poética evidencia nossas experiências, o modo como sentimos, vemos e dizemos” (PRADO; CALDAS; BARRETO, 2011, p. 212), ou seja, abre espaço para que o dito seja problematizado, questionado, e não apenas por teoria, mas pela sensação, significação desvelada pela imagem poética. Desse modo, corrobora com o seu objetivo, uma vez que convida o leitor a refletir não apenas sobre o que será exposto e concluído, mas sobre suas próprias impressões e opiniões.

1- CONTEXTO HISTÓRICO DAS INTERVENÇÕES

O Auto-Retrato

No retrato que me faço
- traço a traço -
às vezes me pinto nuvem,
às vezes me pinto árvore...
às vezes me pinto coisas
de que nem há mais lembrança...
ou coisas que não existem
mas que um dia existirão...
e, desta vida, em que busco
- pouco a pouco -
minha eterna semelhança,
no final, que restará?
Um desenho de criança...
Corrigido por um louco!

(Mário Quintana)

As intervenções psicológicas são traçadas não apenas durante o momento em que ocorrem junto às famílias, mas perpassam pelos traços da trajetória de vida desses clientes, desses psicólogos, das compreensões de famílias pintadas por ambos, ou seja, há mais de uma imagem que possibilita retratar e compreender essas intervenções. E ao tentar construí-la, os traços não são como se um pintor não se implicasse com sua obra, ao contrário, estas vem sendo compreendidas a partir de uma aquarela de ideologias, ou seja, a prática psicológica vem sendo tematizada mostrando uma paisagem híbrida, atravessada por diversos contextos.

No artigo *A dispersão do pensamento psicológico*, Barreto e Morato (2008) apontam as influências da Psicologia ao longo de sua história, ressaltando que foi constituída por diversas perspectivas epistemológicas, metodológicas e conceituais. Ressaltam que Wundt, desde a fundação da Psicologia como ciência, em 1879, com o laboratório de Psicologia experimental em Leipzig (Alemanha), recorreu aos métodos experimentais das ciências naturais para adaptá-la ao modelo positivista de ciência, mas também fez a análise de fenômenos culturais pelos métodos comparativos da Antropologia e da Filosofia, considerando que a Psicologia individual poderia ser completada com o estudo do coletivo.

Isso indica que desde sua constituição enquanto ciência, a Psicologia não acontece isolada, mas permeada por outras áreas do conhecimento, o que lhe possibilita olhar a subjetividade humana em diversas possibilidades de manifestação. Assim, desde o início considera os aspectos sociais e ambientais na tentativa de compreender o humano, estando respaldada em um contexto amplo, ao qual não cabem dicotomias de certo e errado, normal e patológico, mente e corpo, pois considera o processo da vida em várias dimensões.

Entretanto, as autoras supracitadas (op. cit., 2008) sinalizam ainda que a vigência do modelo positivista, por tentar medir homem e natureza da mesma forma, fez uma junção de diferentes, o que afeta as concepções e estudos psicológicos até hoje, sendo condição constitutiva do saber e do pensar da Psicologia esse cenário híbrido.

O modelo em que se configurou como ciência, portanto, e que foi difundido nos outros países, foi o experimental. Tanto as variáveis naturais poderiam ser controladas, como também o comportamento humano, não sendo interessante para os estudos e interesses da época, compreender as influências sociais no comportamento, mas apenas o “ambiente” físico, observável e mensurável. Apenas o que poderia ser *controlado*.

Segundo Yehia (2009), autores de orientação humanista, como Cain e Fischer, acreditavam que psicodiagnósticos nesse modelo desconsideravam as influências culturais, étnicas, econômicas e sociais nos distúrbios, enquadrando o cliente em padrões teóricos.

Do mesmo modo, nesse mesmo período a prática psicológica seguia apenas normas técnicas para se orientar e não havia espaço para pensar na afetação mútua entre psicólogo e cliente. Com Freud e a percepção da existência do inconsciente, e que ele é dinâmico, a prática vislumbra outras possibilidades e, embora haja tentativa de neutralidade, a Psicologia gradualmente vai considerando o modo de estar do cliente e do psicólogo como um modo em relação e, posteriormente, em mútua afetação.

Aqui no Brasil, a Psicologia começou como uma disciplina acadêmica que contribuía na formação de outros profissionais, mas em 1946 houve o decreto que institucionalizou a formação (LISBOA; BARBOSA, 2009), o que significou mais um passo para a consolidação da profissão. Em 1953, foi criado o primeiro anteprojeto sobre a regulamentação da profissão e formação de *psicologistas* (op. cit., 2009), mesmo ano em que veio a ser instituído o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Os médicos reivindicaram exclusividade na atividade clínica e o anteprojeto não foi aprovado, mas Lisboa e Barbosa (2009) salientam que mesmo assim teve início o primeiro curso superior de Psicologia no

Rio de Janeiro. E em 1962 é aprovado o parecer sobre o Curso de Psicologia (BAPTISTA, 2010), dividido em Bacharel e Licenciatura, com ênfase na neutralidade e cientificidade profissionais. Nesse panorama, são criados os Conselhos Regionais e Federal, e o primeiro Código de Ética da profissão.

Embora tenha tido esse desenvolvimento mestiço, durante as décadas de 1960 e 1970, segundo Andrade e Morato (2004, p. 345), não eram priorizadas as questões políticas nos discursos e nas práticas dos psicólogos. A Psicologia era “um produto técnico a ser oferecido à população” independente das demandas, compactuando “com os poderes instituídos a fim de garantir a reprodução do sistema social”. Em 1964, no auge da Ditadura Militar, predominava ainda a psicologia experimental, sendo o trabalho dos psicólogos a adaptação e o ajustamento das pessoas.

Estava sendo uma fase de grande dívida social no Brasil e os psicólogos passaram a trabalhar em diferentes contextos institucionais, mas com uma visão tradicional de consultório particular, imparcial e individual, acerca da atuação do psicólogo. Nessa paisagem, é necessário lembrar que houve a Reforma Psiquiátrica, como um movimento influenciado pela ideologia de grupos dominantes, que teve como “uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas” que o sustentavam (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 49).

A instituição psiquiátrica surgiu no século XVIII, com o estigma do diferente, do anormal, daquele indivíduo que estaria louco, fora dos padrões de comportamento exigidos pela sociedade, devendo, então, se afastar dela para se *normatizar*. Portanto essa Reforma tenta mudar a concepção do hospital psiquiátrico como o único caminho para o “tratamento”, além disso (op. cit. p. 50),

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

Ou seja, a responsabilidade pelo processo de adoecimento, torna-se social e trás uma compreensão do “paciente”¹ psiquiátrico como indivíduo ainda pertencente à

1As aspas foram colocadas no sentido de enfatizar que o termo paciente não está indicando passividade, apenas é um termo comumente utilizado, mas que aqui denota o indivíduo ativo no seu processo de apropriação de seus sofrimentos junto ao psicólogo e à equipe de saúde.

sociedade civil. As referidas autoras (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 50) alertam que a *desinstitucionalização* vem sendo considerada atualmente, por diferentes atores sociais (todos da sociedade), como “desospitalização, desassistência ou desconstrução, conforme interesses ou pontos de vista impregnados de poder ideológico”, e acreditam que essa concepção representa interesses financeiros neoliberais do Estado.

Elucidam que as equipes de saúde mental dificilmente oferecem suporte e orientações às famílias, ressaltando o papel dos órgãos formadores de profissionais, que mantém a “doença mental” como um fenômeno biológico “ou um ‘desvio’ sobre os quais o profissional sabe e pode intervir a despeito da singularidade e subjetividade do sujeito/doente mental, do sujeito/família e do sujeito/comunidade” (op. cit., 2001, p. 51). Percebem que a tarefa de cuidar dos clientes está sendo da família, mais especificamente das mulheres, que costumam *controlar* o comportamento deles pela medicação e pedir pela internação permanente.

Esse quadro denuncia questões graves. Aponta para a necessidade de um acolhimento para as famílias que problematize sobre suas preocupações, que ampare o cliente para que possa se apropriar de seu “adoecimento”² e que questione os ditames e estereótipos reforçados por interesses financeiros. Assim como uma criança que não tem liberdade de se expressar, o modo como o cuidado é compreendido pode impedir a livre expressão e o desvelamento de outras problemáticas que poderiam contribuir com as famílias.

2- POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS FAMÍLIAS

Bem no fundo

No fundo, no fundo,
bem lá no fundo,
a gente gostaria
de ver nossos problemas
resolvidos por decreto
a partir desta data,
aquela mágoa sem remédio
é considerada nula
e sobre ela — silêncio perpétuo
extinto por lei todo o remorso,

²Segundo Augras (1986), saúde e doença são etapas de um mesmo processo, o viver.

maldito seja quem olhar pra trás,
lá pra trás não há nada,
e nada mais
mas problemas não se resolvem,
problemas têm família grande,
e aos domingos
saem todos a passear
o problema, sua senhora
e outros pequenos probleminhas.

(Paulo Leminski)

O olhar dos psicólogos que põem em prática as políticas públicas acredita que os problemas dos clientes precisam ter uma solução para que se sintam bem. Já as famílias, demonstram acreditar que o sofrimento deve ser extinto, medicalizando ou tentando abafar a demanda, que parece incomodar tão significativamente a ponto de ser “apagada”. Então formam-se filas nas instituições psiquiátricas para receber o remédio, o atendimento psicológico, como se ambos, medicamentos e psicólogo, fossem as soluções.

A responsabilidade sobre a vida do cliente não é apenas mal compreendida por ele, mas também pela equipe de saúde que lhe oferece cuidado. E nos momentos em que a situação do cliente é por este questionada, ele tem a possibilidade de se dar conta que os problemas precisam de um posicionamento que é dele também. Longe de responsabilizar a família ou o cliente ou os psicólogos unicamente, esta reflexão mostra que o contexto da prática psicológica está sendo dividido em pedaços os quais se tenta juntar um por vez como consequência do anterior, mas que esse fenômeno da prática psicológica acontece em conjunto com as famílias e seus atravessamentos, assim como a responsabilidade sobre ele.

Do mesmo modo, o psicólogo é um dos profissionais que acolhe as famílias, mas acolher não se mostra apenas como uma possibilidade de receber alguém em um espaço físico e “tratar” seu problema. Giacomozzi (2012, p. 299) aponta que as atuais demandas de saúde no Brasil requerem equipes interdisciplinares, com olhar voltado para integralidade na atenção e que não apenas tentem curar doenças. Há uma multicausalidade da saúde e da doença para a autora. Ela defende que

A integralidade, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser vista como uma noção com vários sentidos: como crítica à atitude médica fragmentária e reducionista, às práticas com foco na atenção individual curativa, à separação

entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e atenção individual, aos programas verticais, entre outros.

Narra um percurso histórico, contando que no século XVIII havia o movimento da Medicina Social, que considerava as condições ambientais (questões sociais, políticas públicas) e o estilo de vida para uma vida saudável, porém, no final do século XIX, as concepções multicausais ficam secundárias ao modelo biomédico, que considera que as doenças são causadas, principalmente, por origem biológica, objetivamente identificada. “Assim, as doenças perdem a sua relação com o social, e o sujeito deixa de ter autonomia frente aos comportamentos de saúde, ficando isento de responsabilidade sobre suas enfermidades” (op. cit. 2012, p. 300).

De acordo com esta autora (op. cit. 2012), essas concepções são questionadas ao longo do século XX. Surge, então, a Psicologia da Saúde, que compreende as doenças pela multiplicidade de fatores e não por um único fator causal, pois adota o modelo biopsicossocial baseado na Teoria Geral dos Sistemas de Engel. Desse modo, o indivíduo passa a ser co-responsável pela doença.

Para Fonseca (2006),

A implantação de políticas “com” e “para” famílias, compreendidas como sujeitos coletivos e protagonistas de direitos, demanda ações articuladas entre os recursos governamentais e não-governamentais, frente à complexidade ímpar que é cada grupo familiar.

Ambas as autoras (GIACOMOZZI, 2012; FONSECA, 2006) também defendem que para a criação de políticas públicas, precisam ser vistas mais de uma parte da situação. Faz-se relevante observar que cada família é singular, única, portanto uma política generalizadora pode não conseguir dar conta nem da dinamicidade da vida, nem das peculiaridades dos modos de estar em família e de suas condições sócio-econômicas.

De acordo com Prado, Caldas e Barreto (2011, p. 211), “parte das dificuldades do psicólogo em sua ação junto à população de baixa renda se deva ao aprisionamento dele a práticas formais, modulares, e à própria tentativa da psicologia de propor modelos conceituais que não permitam abrangência de atuação”. Então como efetivar as políticas públicas se as problemáticas não são compreendidas em co-responsabilidade com os outros?

3- QUEM ESTÁ EM ATENDIMENTO?

Família

Três meninos e duas meninas,
sendo uma ainda de colo.
A cozinheira preta, a copeira mulata,
o papagaio, o gato, o cachorro,
as galinhas gordas no palmo de horta
e a mulher que trata de tudo.

A espreguiçadeira, a cama, a gangorra,
o cigarro, o trabalho, a reza,
a goiabada na sobremesa de domingo,
o palito nos dentes contentes,
o gramofone rouco toda a noite
e a mulher que trata de tudo.

O agiota, o leiteiro, o turco,
o médico uma vez por mês,
o bilhete todas as semanas
branco! mas a esperança sempre verde.
A mulher que trata de tudo
e a felicidade.

(Carlos Drummond de Andrade)

Em 1980, houve a contratação de psicólogos para trabalharem em equipes multiprofissionais no serviço público, onde precisou revisitar suas práticas e modifica-las de modo a acolher a demanda emergente (FERREIRA NETO, 2011). Após a inserção na saúde pública, os psicólogos começaram a configurar outras modalidades de prática para atender outro tipo de demanda, mas até esse período, ele só exercia sua prática em consultório particular e individualmente.

Essa mudança também afetou sua maneira de compreender o cliente. Este passa a ser visto não apenas como um caso, mas como alguém atravessado pela coletividade, e é repensado o papel do psicólogo enquanto especialista a apresentar solução de problemas. Visto como alguém fora de um contexto, o cliente era tratado individualmente, e a responsabilidade sobre a situação de sofrimento era considerada apenas dele. Ou seja, o fenômeno que estaria atravessado pelos modos como ocorriam a dinâmica familiar, além do contexto econômico, social e cultural, eram deixados em segundo plano.

Esse modelo tradicional foi se modificando paulatinamente com o ingresso na saúde pública e houve um olhar para o social. No entanto, ainda se faz predominante hoje

e as exigências de atendimentos rápidos, devido à grande demanda, contribuem para que os psicólogos busquem primeiro uma técnica de atendimento para oferecer, uma modalidade de prática apenas, ao invés de serem criativos e flexíveis para o inesperado que vier do cliente, para a dinamicidade do humano. Isso pode não somente mascarar o problema, como o cliente pode não se sentir acolhido e as intervenções não serem significativas para ele.

Esse fenômeno trás a possibilidade de pensar que a prática psicológica se sustenta pela dinâmica servidor-servido, pois o cliente é considerado um caso a ser resolvido, muitas vezes o mais rápido possível, para já atender outro. É como se não houvesse tempo de olhar a família, a escola, o trabalho, a comunidade, mas apenas a queixa que leva ao profissional para ser *resolvida*. Nesse pensamento, o psicólogo ou deixa de oferecer uma outra possibilidade interpretativa que possibilite refletir sobre o sofrimento, ou oferece uma resposta pronta, um conselho, para atender o maior número de clientes. Ao se tentar impor um modo de agir diante do que é demandado, deixa-se de ampliar a compreensão sobre a dinâmica familiar e de possibilitar um cuidado que poderia ser mais significativo.

Seguindo esse modelo de configuração, o contexto da saúde pública responsabiliza o cliente por não aderir ao tratamento, faltar os encontros e também a família por não “cuidar” do doente; a família responsabiliza o cliente por “dar trabalho” e também as condições econômicas em que vive; por último, o cliente responsabiliza a instituição em que foi atendido por não solucionar seu problema e também sua família por não lhe proporcionar o “zelo” que acredita precisar receber.

Quem procura ajuda pode ser apenas um membro da família, mas o cliente não é só ele, é a família, e as práticas na saúde pública precisam considerar isso. Assim,

os sentidos possíveis para a ação em saúde pública precisam se gestar nessa perspectiva de encontro entre todos os envolvidos na ação, sendo todos atores e autores, em alguma medida, profissionais e população alvo do cuidado, cujos saberes/fazerem se misturam [...] (CABRAL; MORATO, 2009, p. 204).

Para compreender a família é preciso mais do que tentar compreender cada membro individualmente, pois, como fala o Princípio da Não Somatividade, o todo é mais que a soma das partes, ou seja, cada membro da família pode oferecer outro ponto de vista sobre a situação apresentada ao psicólogo, facilitando que outros olhares surjam como questionamentos e problematizações acerca da demanda.

Fala-se em clientes resistentes, famílias não abertas a mudanças, mas se elas não mudam é preciso não apenas tentar entender cognitivamente esse fenômeno, mas possibilitar-lhes sua compreensão. Para que assim, a “mulher” esperança, esperança de dias melhores, possa ter espaço no cotidiano dessas famílias, para lhes proporcionar segurança e voz para solicitar o cuidado que precisam.

4- FORMAÇÃO ACADÊMICA DO PSICÓLOGO

Tecendo a Manhã

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele dá
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

(João Cabral de Melo Neto)

Ferreira Neto (2011) utiliza o termo “artes da existência” de Michel Foucault, referindo-se aos projetos sociais, movimentos sociais de base popular, oficinas e programas para grupos específicos, que são práticas psicossociais construídas coletivamente sem um modelo de referência ou técnicos e especialistas detentores do saber. Salaria que estas artes não podem se restringir ao que hodiernamente é chamado de clínica. Isso porque é preciso pensar no que demanda o cliente, qual modalidade de prática (psicodiagnóstico, grupo operativo, oficinas de criatividade, psicoterapia, triagem, entre outras), pode acolhe-lo mais significativamente.

Faz-se necessário compreender que as competências técnicas precisam de um olhar humanizado e comprometimento ético. “É uma atuação que se caracteriza pelo fato

de o psicólogo partilhar suas impressões sobre (e com) o cliente, levando-o a participar do processo e a abandonar a postura passiva de 'sujeito' a ser conhecido" (LOPEZ, 1995, p. 33).

Do mesmo modo, para envolver as famílias na construção de políticas públicas é preciso pensar intervenções que facilitem a resiliência, considerando a dinâmica familiar e os ciclos de vida. Essas questões ultrapassam as teorias sobre os desenvolvimentos da personalidade e padrões de comunicação intrafamiliar. É um fenômeno complexo e que requer olhar a formação acadêmica desses psicólogos, pois

Nem o saber nem a prática dão conta de suprir as necessidades por intervenções reais apropriadas, ainda que se considere o campo da prática sempre como da ordem do imprevisível, do inusitado, pois essa é uma marca da vida. O saber nem o fazer podem garantir o controle da realidade em todas as suas facetas, e a formação profissional precisaria deixar claro que o controle é impraticável, é simples ilusão (CABRAL; MORATO, 2009, p. 198).

Ou seja, a prática interventiva não necessita apenas de programas que facilitem o desvelamento de modalidades, mas também é preciso compreender o sentido desses programas, dessa ação do psicólogo. E como lembra Ferreira Neto (2011, p. 149):

A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação, o que se reproduz nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação.

Neste fenômeno, outra questão ainda se apresenta: a Psicologia está separada em clínica, organizacional, do trabalho, escolar, jurídica, do esporte; parece que o estudante aprende um tipo de "acolhimento" que será "dado" para um cliente passivo e receptivo. Isso mostra o quanto o cliente não tem espaço para participar e contribuir com seu próprio processo de apropriar-se de seus valores e escolhas.

É preciso lembrar que desde que a Psicologia foi regulamentada como profissão, em 1962 segundo Lisboa e Barbosa (2009), o cenário de atendimentos tem sido pautado nas dualidades corpo e mente, homem e natureza, indivíduo e sociedade, e que isso ainda marca a atuação profissional, sendo esta mais explicativa do que compreensiva (Ferreira Neto, 2011).

Sobre esse assunto, também se mostra relevante pensar na Lei de Diretrizes e Bases de Educação (LDB/1996), que, em seu artigo décimo, diz que pela diversidade de orientações teórico-metodológicas, práticas e contextos de inserção profissional, a

formação em Psicologia se diferencia em ênfases curriculares, entendidas como um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia. Essa diversidade é apontada como um conjunto articulado, mas ainda assim diferente, ou seja, a formação pode ser considerada única – Psicologia – e as ênfases no aprendizado podem ser tratadas de formas variadas, pois as abordagens são epistemologicamente diferentes.

Considerar a formação como única, não significa desconsiderar a dispersão e reduzir as diversas perspectivas em uma “metateoria ou narrativa onipotente o suficiente para imperializar todos os demais campos” do saber e da prática psicológica (Vasconcelos, 2009, p. 13). Considerar essa dispersão se apresenta como possibilidade de uma ação acolhedora para as famílias em diversos modos de intervir, o que acrescenta à compreensão da vida humana e pode facilitar a efetivação dos programas sociais, uma vez que serão respeitadas e ressaltadas as divergências, visando um trabalho que possibilite múltiplos olhares sobre a situação que for apresentada.

Essa compreensão também pode dialogar com nosso Código de Ética (2005), que, em seu artigo segundo, diz que o psicólogo é vedado a induzir “a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais”, ou seja, a Psicologia considera ético que o cliente caminhe para onde puder ir, sem tentar induzi-lo à alguma expectativa do profissional, mesmo pensando na melhor ação.

E assim como um galo que canta ao ouvir o outro galo de longe cantar para assim fazer surgir o dia, as reflexões sobre a formação não podem tecer sozinhas outras possibilidades de atuação, fazendo-se sempre necessário dialogar com o contexto que atravessa essas práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi tematizado e discutido, é possível reconhecer o panorama da prática psicológica no que se refere ao acolhimento de famílias como um lugar que precisa ser revisto e revisitado constantemente. A compreensão dessa prática mostrou-se dinâmica, da qual os diversos modelos atravessaram o tempo e a história e não desapareceram, apresentando peculiaridades.

Revelou também como o modelo tradicional de olhar as famílias por um olhar individualizado continua presente, e que o psicólogo ainda se sustenta em saberes técnicos, esquecendo-se de compreender a demanda. Portanto mais do que o compromisso co-participativo entre profissionais e clientes, essa prática demanda um olhar de acolhimento as singularidades.

Conclui-se que além do papel fundamental do Estado, repensar a prática psicológica pode contribuir para efetivação de políticas públicas mais coerentes com as demandas. Desse modo (BRASIL, 2004, p. 185, grifo nosso),

o psicólogo é chamado a desenvolver estratégias para a adequação de seu instrumental teórico-prático, para que possa haver a reintegração e a ressocialização da clientela de risco por meio da atenção contínua. Necessitam desenvolver abordagens participativas, em que o usuário [do serviço de Psicologia] bem como seus familiares e a comunidade em geral sejam reconhecidos como atores políticos, contribuindo com a gestão (concepção, planejamentos, execução e avaliação) de políticas de saúde que possam gerar serviços descentralizados, flexíveis e adequados aos interesses específicos da clientela.

Vale ressaltar, ainda, que a prática psicológica e as políticas assistenciais estão sendo postas em questão como se fossem âmbitos diferentes, que só conversassem através de estatutos e normas. Isso parece estar desgastando nossas políticas sociais e impedindo que alcancem outros horizontes.

Fica claro que tais políticas sociais precisam continuar sendo discutidas e refletidas, e que essas discursões devem ter a humildade de não estagnar no caráter de verdade absoluta e compactuar com os desejos capitalistas, mas sempre lembrando que há diversas questões a serem pensadas, sendo imprescindível refletir por qual tipo de política social se trabalha e por qual tipo de direitos se luta.

REFERÊNCIAS

XIII PLENÁRIO do Conselho Federal de Psicologia. **Código de ética profissional do psicólogo**. Agosto, 2005.

ANDRADE, A. N. DE; MORATO, H. T. P. Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. **Estudos de Psicologia**, 9 (2), 345-353, 2004.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão**: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Vozes, 1986.

BAPTISTA, M. T. D. S. A regulamentação da profissão Psicologia: documentos que explicitam o processo histórico. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 30, n. spe, Dezembro/2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000500008&lng=en&nrm=iso>.

BARRETO, C. L. B. T.; MORATO, H. T. P. A dispersão do pensamento psicológico. **Boletim Psicológico**.v.58 n.129 São Paulo, 2008. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432008000200003&script=sci_arttext>.

BRASIL, A. M. R. C. Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública. **Integração**. Abril/maio/junho, 2004, ano X, n. 37, 181 – 186.

BRASIL. Portal da Saúde. Do sanitarismo à municipalização. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>> Acesso em agosto de 2014.

CABRAL, B. E. B.; MORATO, H. T. P. Tecendo sentidos para uma ação territorial em saúde a partir do programa saúde da família. In MORATO, H. T. P.; BARRETO, C. L. B. T.; NUNES, A. P. (cord.). **Fundamentos de Psicologia: Aconselhamento Psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, Políticas Públicas e SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FONSECA, M. T. N. M. Famílias e Políticas Públicas: Subsídios para a Formulação e Gestão das Políticas com e para Famílias. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 2, São João del-Rei, dezembro, 2006.

GIACOMOZZI , A. I. A inserção do psicólogo na estratégia saúde da família e a transição de paradigma em saúde. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 3, pp. 298-308, jul./set. 2012.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 2, Abril/2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso>.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-63, 2005.

LEI das Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei n.9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em:<<http://www.portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/lbd.pdf>>

LISBOA, F. S.; BARBOSA, A. J. G. Formação em Psicologia no Brasil: Um Perfil dos Cursos de Graduação. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (4), 718-737, 2009.

LOPEZ, S. A. Psicodiagnóstico: processo de intervenção? In ANCONA-LOPEZ, M. (org.) **Psicodiagnóstico: processo de intervenção**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

PRADO, R. A. A.; CALDAS, M. T.; BARRETO, C. L. B. T. Ampliando as possibilidades de compreensão psicológica na clínica em saúde pública a partir da imaginação poética de Bachelard. **Revista Mal Estar e Subjetividade**- Fortaleza-vol. Xi- Nº 1 -p. 205 - 240 – Março/2011.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

YEHIA, G. Y. Entre psicodiagnóstico e aconselhamento psicológico. *In* Morato, H. T. P.; BARRETO, C.L.B.T.; NUNES, A. P. **Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial**: uma introdução. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.