

## A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO

### THE PSYCHOLOGIST PRACTICE IN THE BRAZILIAN HEALTH CARE SYSTEM: A REVIEW

SOUZA, Ana Lúcia Martins de <sup>1</sup>; GARBINATO, Lígia Regina <sup>2</sup>; MARTINS, Rosemeire Pereira Souza <sup>3</sup>.

#### Resumo

O estudo apresenta um levantamento da produção científica concernente à atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde. Pela análise de artigos científicos, foram destacados temas como a formação acadêmica, as atribuições do psicólogo no campo da saúde, a inserção deste profissional nos diversos cenários da saúde pública e, principalmente, a crítica às práticas existentes nesse contexto. É percebida a necessidade de revisão da formação acadêmica do profissional de Psicologia, fornecendo subsídios para sua atuação, observando a realidade dos usuários dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Formação Acadêmica, Profissional de Psicologia, Sistema Único de Saúde.

#### Abstract

This study presents a survey of scientific literature concerning the psychologist practice in the Brazilian Health Care System. Analyzing scientific articles were presented topics such as the academic formation, the psychologist attributions in public health, the inclusion of this professional in different places of public health and, specially, the criticism to the practices in this context. We perceived the need for review of academic formation in Psychology, providing subsidies to professional performance, observing the reality of users in health services.

**Key-words:** Academic Formation, Practitioner of Psychology, Brazilian Health Care System.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, especialista em Saúde Pública pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN). ana.sz@hotmail.com. Telefone (67) 9904-5150.

<sup>2</sup> Farmacêutica, Especialista e Mestre em Saúde Coletiva, docente do Programa de Especialização *Lato Sensu* em Saúde Pública do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN). ligia.garbinato@gmail.com.

<sup>3</sup> Psicóloga, Mestre em Ciência da Saúde, docente de graduação e pós-graduação do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN). rose\_souza31@hotmail.com. .

## Introdução

A prática do psicólogo no campo das políticas e da execução de ações em saúde mental é importante tendo em vista os objetivos da Política de Saúde brasileira. O modelo assistencial que rege as ações de saúde desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é embasado nas formas de intervenção no processo saúde-doença que incluem a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde dos cidadãos (SILVA, 1992; CAMPOS; 1992a; SPINK, 2003).

Desta forma, o profissional de Psicologia se destaca neste contexto por entender as questões de saúde em uma interface entre o social e o coletivo, por seu conhecimento estar intimamente relacionado com o conceito de saúde em vigor e, principalmente, por representar a superação de enfoques centrados em um indivíduo abstrato e ahistórico, tão frequentes nas ciências biológicas (YAMAMOTO; CUNHA, 1998; AMORIM, 2003; LOBOSQUE, 2003 SPINK, 2003).

Este estudo trata de uma revisão da literatura sobre as práticas existentes do psicólogo em saúde mental no Brasil, o marco inicial consiste na definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), abrangendo também, as primeiras movimentações de profissionais em prol de melhorias, no âmbito do Sistema Único de Saúde, relacionadas ao campo da saúde mental, bem como a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), e estendendo-se até o cenário atual da saúde mental no País.

Esta revisão busca enfatizar a participação do psicólogo nas lutas por mudanças e melhorias na Política Pública de Saúde adotada no Brasil. Após um levantamento de artigos científicos na base de dados da plataforma Scientific

Electronic Library Online (SciELO – Brasil), serão identificados os principais aspectos da prática profissional do psicólogo em instituições públicas de saúde mental.

Para tanto, iniciamos uma investigação que abrangeu o processo histórico de evolução do conceito de saúde e de saúde mental; a elaboração de políticas públicas de âmbito nacional relativa à área; e a formação profissional e inserção do psicólogo no plano das práticas em saúde mental inseridas na saúde pública.

Tendo em vista que a elaboração do Sistema Único de Saúde data de 1990, as discussões sobre a inserção do psicólogo neste âmbito são muito recentes, fator este que nos leva a utilizar referências desse período histórico até a atualidade, considerando o pioneirismo das discussões propostas nas produções científicas mencionadas a seguir.

## O conceito de Saúde Mental

Historicamente, podemos apreender a evolução do conceito de saúde como o estado do que é são, ou seja, uma condição geral do corpo e da mente em relação às doenças e ao vigor físico e mental, ou ainda o estado do que não tem doenças ou ferimentos (GARCIA, s/d).

Neste sentido, a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), datada de 1948, apresenta-se como notável evolução do conceito de saúde, que a define como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social que não consiste somente na ausência de uma doença ou enfermidade” (OMS, 1948 *apud* SCLAR, 2007, p. 37).

Desta forma, pode-se considerar que, apesar de criticada por muitos estudiosos como utópica, inatingível ou simplesmente impossível (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; DEJOURS, 1986), a

definição apresentada pela OMS serve como pano de fundo à elaboração de políticas públicas em saúde aos países filiados a essa instituição, entre eles o Brasil.

No contexto nacional, reconhecemos a influência dessa definição quando a Carta Magna (BRASIL, 1988), no Artigo nº 196, expressa que “a saúde é 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Tendo em vista atender ao descrito no referido Artigo 196, é promulgada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que juntas compõem a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e embasam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade, e como princípios organizativos a descentralização, a regionalização com hierarquização e o controle social (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2001).

O SUS, assim implementado, apresenta dois objetivos primordiais: a identificação de fatores condicionantes e determinantes da saúde e a prestação de assistência às pessoas de forma universal (CARVALHO; SANTOS, 2002).

Em consequência da identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde surge a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, no campo econômico e social, a redução dos riscos de doenças e outros agravos ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade. Já a prestação de assistência às pessoas ocorre por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando tanto as medidas

curativas como as preventivas (CARVALHO; SANTOS, 2002).

É possível reconhecer que o conceito de saúde introduzido pela OMS e preservado pela legislação brasileira, tanto na Constituição Federal como nas Leis que definem o SUS, é de uma integração entre os aspectos sociais, biológicos e psicológicos como determinantes do estado de saúde. Rey (1997), afirma que a falta de integração entre qualquer um desses aspectos e os demais predisporia o indivíduo ao estado de doença.

Segre e Ferraz (1997), apontam o conceito de saúde apresentado pela OMS como uma grande evolução para o âmbito da saúde pública, por significar o início de um rompimento com o objetivismo científico, mas discutem a impossibilidade da caracterização da seguinte expressão incluída: o perfeito bem-estar, pois esta apresenta conceito subjetivo e personalizado. Sendo apontada também como impossível a diferenciação entre os termos utilizados bio, psico e social, uma vez que esses três possuem conceitos que são indissociáveis e integrados.

Porém, atualmente é percebido que a prática no campo da saúde nos permite enxergar que o conceito de saúde, apesar da divisão entre os três aspectos, visa à articulação e não a cisão entre cada um deles. Apesar de ter como objetivo o perfeito bem-estar, é reconhecidamente válido dizer que este somente será alcançado se houver melhoria nas condições determinantes da saúde de cada brasileiro.

### **Histórico da Saúde Mental**

Um modelo de atendimento em Saúde Mental no Brasil baseado na exclusão do sujeito do convívio social, com sua internação em hospitais psiquiátricos (manicômios) por longos períodos de tempo é observado no Brasil

até meados da década de 1970 (LOBOSQUE, 2003b).

Entretanto, a partir do período de redemocratização política, os próprios trabalhadores desses hospitais psiquiátricos começaram a denunciar as péssimas condições a que eram submetidos os pacientes, dando início às primeiras movimentações que buscavam a articulação de propostas contra o modelo manicomial, em busca de modificações do sistema asilar de Assistência em Saúde Mental (CAMPOS, 1992b; ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003; LOBOSQUE, 2003b).

É importante ressaltar que as denúncias sobre os hospitais psiquiátricos, citadas anteriormente, foram impulsionadas pelo denominado Movimento de Luta Antimanicomial, que tem início na Itália na década de 1960 e se reflete no Brasil em meados da década de 1980 (RESENDE, 2001; SILVA, 2003). O objetivo desse Movimento foi a elaboração de uma Reforma Psiquiátrica que viesse a superar o modelo de então, buscando uma sociedade sem manicômios, onde seria possível construir um lugar social para as pessoas com transtornos mentais, ou seja, uma sociedade de inclusão (AMORIM, 2010)

No ano de 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual se estabelece um consenso mínimo entre os técnicos e profissionais de saúde pela necessidade de alteração do modelo da assistência psiquiátrica, pretendendo também envolver outros setores da sociedade civil na luta por melhorias no atendimento ao portador de transtornos mentais (BRASIL, 1988; ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003; NASCIMENTO, 1999).

No cenário internacional, em novembro de 1990, é realizada a Conferência Regional para a

Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), na Venezuela (BRASIL, 2001). Neste evento é elaborada a Declaração de Caracas, assinada por diversos países latino-americanos, após a constatação de um quadro desolador de quase encarceramento dos portadores de transtornos mentais nos hospitais psiquiátricos e propondo uma nova visão sobre a Assistência Psiquiátrica, prevendo “um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo” (BRASIL, 2001, p. 11).

A referida assistência deve ser estruturada dentro do Atendimento Primário em Saúde, considerando a reestruturação dos SILOS, promovendo modelos alternativos de tratamentos, centrados na comunidade e dentro de redes sociais, respeitando, acima de tudo, os direitos humanos (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Dois anos mais tarde, em 1992, é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, já com a participação de representantes de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços (donos de clínicas privadas conveniadas ao SUS), tendo como foco a discussão da reestruturação da atenção à Saúde Mental no Brasil, dentro dos princípios da municipalização e da preservação da cidadania dos doentes mentais (BRASIL, 1992; ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Como reflexo desse início da reestruturação das políticas brasileiras em saúde mental, é promulgada a Lei Federal nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, permitindo o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para pacientes psiquiátricos, em acompanhamento nos serviços

comunitários, configurando-se em um valioso instrumento para viabilização dos programas de trabalho assistido, e inclusão do portador de transtorno mental na vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais (BRASIL, 2001).

Decorrente desse novo olhar sobre o portador de transtorno mental e visando prioritariamente a sua inclusão social, é criada a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

A nova Lei se apresenta de forma universal, enfatizando a não exclusão de nenhum portador de sofrimento psíquico, em virtude de “orientação sexual, família, recursos econômicos, grau de gravidade e tipo de evolução de seu transtorno”, relacionando os direitos desses indivíduos, garantindo a continuidade dos cuidados para a clientela dependente das instituições psiquiátricas e reforçando a inclusão social do usuário dos Serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2001, p. 15).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em dezembro de 2001, tendo como temática principal a exposição das conquistas expressas pela aprovação da Lei nº 10.216 e portarias ministeriais que surgiram para regular a Assistência em Saúde Mental no Brasil, consolidando a estratégia dos serviços comunitários, organizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como dispositivos prioritários de organização da atenção (BRASIL, 2002b; ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

A partir do ano de 2002, o Ministério da Saúde publica portarias que norteiam progressivamente a organização do atendimento psiquiátrico no Brasil, bem como o atendimento em saúde mental envolvendo outros profissionais que não o

médico, tais como o psicólogo, o assistente social e o terapeuta ocupacional, determinando, principalmente, a atuação dos CAPSs como serviço estratégico de substituição ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002d; BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

O CAPS é definido como um serviço comunitário ambulatorial que tem como responsabilidade o cuidado de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, em seu território de abrangência. A atenção disponibilizada nestes Centros inclui ações dirigidas aos familiares e compromete-se com a construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania, minimizando os estigmas e promovendo a qualidade de vida e inclusão social (DIMENSTEIN, 1998; BRASIL, 2002c; ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

As ações dos CAPSs vêm pautadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, defendidos pela Luta Antimanicomial, por prever a desinstitucionalização, a redução de leitos psiquiátricos, a organização da distribuição de medicamentos e o tratamento com objetivo de reinserção social do portador de transtornos mentais (BRASIL, 2002c; SILVA, 2003; FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004).

### **A prevenção e a assistência em Saúde Mental**

É válido lembrar que os serviços oferecidos pelo SUS são divididos em dois planos: o da Prevenção e o da Assistência, e que ambos são subdivididos em primário, secundário e terciário (BEAGLEHOLE *et al.*, 2003; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). O trabalho do psicólogo pode ser identificado em ambos os planos e

nas três subdivisões (NASCIMENTO, 1999).

A Prevenção é entendida como a “ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença” (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 676), seja atrasando ou interrompendo a sua progressão (MAUSNER; KRAMER, 2004), seja aumentando a resistência do indivíduo (JEKEL *et al.*, 2005).

Trata-se na prevenção primária de todas as ações de promoção da saúde e proteção específica antes da sobrevivência de patologias (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Dessa forma, o objetivo é limitar a incidência de uma doença por meio do controle de suas causas e fatores de risco (BEAGLEHOLE *et al.*, 2003)

Já a prevenção secundária inclui ações realizadas com indivíduos que já apresentam o agente patogênico, isto é, quando já existe a patologia, pelo diagnóstico precoce e tratamento, com o fim de recuperar a saúde e evitar possíveis sequelas. E a prevenção terciária visa o desenvolvimento das “medidas adotadas após a sobrevivência das conseqüências da doença” (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 677), evitando assim, sequelas físicas ou sociais que a doença possa trazer como resultante (JEKEL *et al.*, 2005).

Beaglehole *et al.* (2003), consideram ainda a existência do nível primordial de prevenção, que estaria inserido antes do nível primário. Esta é entendida com o objetivo de impedir o estabelecimento de padrões sociais, econômicos e culturais que contribuiriam para o risco do surgimento de doenças.

Na Assistência à Saúde, as subdivisões tratam dos tipos de serviços oferecidos de acordo com sua complexidade. A assistência primária é a chamada porta de entrada dos SUS, onde são prestados serviços de baixa

complexidade, principalmente os atendimentos ambulatoriais, com função de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, também denominada atenção básica (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). De acordo com Jekel *et al.* (2005), incluem-se nos serviços primários de Assistência à Saúde os locais para reabilitação ou convalescença e a assistência domiciliar organizada.

Na assistência secundária estão previstos os atendimentos gradualmente mais complexos, como os atendimentos em hospitais com especialidades, os próprios Centros de Atenção Psicossocial, entre outros (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; JEKEL *et al.*, 2005).

Já na assistência terciária são abrangidos os hospitais de grande porte e especializados que concentram tecnologia, servindo de referência para os demais níveis de assistência e também participando ativamente na educação médica e pesquisa clínica (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; JEKEL *et al.*, 2005).

Para explicar as atividades do psicólogo neste ínterim, Nascimento (1999), descreveu uma pioneira divisão em três níveis de assistência, primária, secundária e terciária, sendo esta complementar à classificação anteriormente apresentada. Apesar do entendimento de que a atuação do psicólogo na saúde pública ocorre na forma de assistência, é considerado que a prevenção está presente nos três níveis, conforme é possível observar a seguir.

As atividades do psicólogo direcionadas ao coletivo que são denominadas de assistência primária ocorrem basicamente quando este atua junto de equipes multiprofissionais enfocando principalmente ações direcionadas a problemas de saúde em geral, e não apenas de saúde mental (NASCIMENTO, 1999).

Destacam-se nesse nível os trabalhos educativos e de acompanhamento, que visam além da assistência, a prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, o objetivo da assistência primária é o de prevenir a necessidade de atendimentos ambulatoriais e hospitalares (GIOIA-MARTINS; ROCHA JÚNIOR, 2001).

As atividades desenvolvidas em assistência secundária são as tradicionalmente conhecidas como de atuação do psicólogo, abrangendo o atendimento clínico psicoterápico individual ou grupal, psicodiagnóstico, atuação em equipes multiprofissionais, tendo como principal local de trabalho os ambulatorios e hospitais especializados ou gerais (NASCIMENTO, 1999).

As atividades realizadas em assistência terciária correspondem a um trabalho de reabilitação psicológica, nesse âmbito, “o psicólogo deve ter como objetivo evitar a invalidez social e conseqüentemente reintegrar o indivíduo, qualquer que tenha sido a causa do seu problema ou doença: emocional, doença mental, acidentes traumáticos, entre outros”, prevenindo assim novos agravos (NASCIMENTO, 1999, p. 48).

Estão entre as atividades aplicadas no nível terciário: a assistência psicológica, os grupos psicoterápicos, a psicoterapia individual, a exploração de casos clínicos para psicodiagnóstico e a orientação a pacientes e familiares (NASCIMENTO, 1999).

Observa-se, portanto, que no campo de atuação do psicólogo existe uma correlação entre o seu trabalho assistencial e as ações voltadas para a prevenção.

### **A base de dados da pesquisa**

O interesse crescente pelo debate e pela discussão da prática envolvida na atuação do psicólogo no Sistema Único de

Saúde pode ser exemplificada por indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de pesquisadores e de profissionais interessados no tema.

A seleção de trabalhos para esta revisão foi feita com base em pesquisa bibliográfica realizada no indexador de produção científica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO – Brasil), que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Psicologia, ou Psicólogo e Saúde, apresentadas nas palavras do título do artigo, de acordo com o foco desta pesquisa.

Foram selecionados trabalhos publicados a partir da criação do SUS (década de 1990 até a atualidade), tendo em vista seu pioneirismo e impacto na literatura. Ressaltando que muitos trabalhos publicados a partir da criação do SUS iniciaram discussões que permeiam a atuação do psicólogo e perduram até os dias atuais.

A referida pesquisa apresentou trinta e três produções científicas como resultado da busca, das quais vinte e nove são artigos científicos, sendo estes últimos os selecionados para serem utilizados no trabalho.

### **Discussão dos resultados**

O psicólogo em sua atuação no campo da Saúde Mental se utiliza de um arcabouço de conhecimentos teóricos e práticos determinados pela Psicologia da Saúde. Entendemos esta última, de acordo com a precursora definição de Matarazzo (1982), como sendo um conjunto de contribuições para a promoção e manutenção da saúde, para a prevenção e tratamento de doenças, para a identificação de etiologias e diagnósticos relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como

para o aperfeiçoamento do sistema de políticas da saúde.

Tal definição, tendo como um dos objetivos o aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde, destaca a atuação de um profissional de Psicologia comprometido com o contexto social em que se insere. É possível perceber a atuação do psicólogo tanto no aspecto da prevenção quanto da assistência à saúde.

No documento do Conselho Federal de Psicologia intitulado Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil não há a categoria correspondente à de psicólogo da saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992).

No entanto, as atividades mais semelhantes às descritas anteriormente para este profissional estão descritas na classificação do psicólogo clínico, que atua “na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando o enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais ou informais” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992, p. 1).

De acordo com Lo Bianco *et al.* (2006), tal definição, tão abrangente, nem sempre existiu, e surge a partir de mudanças sociopolíticas e socioculturais no País, além das que ocorreram no campo da Psicologia, que juntas impulsionaram a emergência da necessidade de uma prática transformadora.

Dentre as produções científicas levantadas, Franco e Bastos (2002), apontam para a utilização de teorias de base no trabalho do psicólogo voltado para instituições de saúde, especificamente no Programa/Estratégia Saúde da Família, como por exemplo, a psicologia do desenvolvimento em interface com a vigilância sanitária.

Disso resulta a importância da compreensão do território em que se insere

a principal unidade de cuidado em saúde: a família, tendo como desenvolvimento a conquista da relação com esse ambiente e os desdobramentos dessa relação (FRANCO; BASTOS, 2002).

Um desses desdobramentos que pode ser ressaltado envolve a questão da desinstitucionalização do paciente e revisão das práticas do psicólogo diante das mudanças exigidas na atuação dos profissionais no âmbito da saúde pública (CAMPOS, 1992b), de modo geral, nos CAPS (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004) e nas Unidades Básicas de Saúde (DIMENSTEIN, 1998).

Os autores apontam as principais dificuldades para a conquista da inserção definitiva do psicólogo nesse campo, que exige a versatilidade e o compromisso com o rompimento de práticas cristalizadas, muitas vezes elitizadas ou ligadas à permanência de longo prazo do portador de transtornos mentais às instituições de saúde, tendo como principais tratamentos a internação, a medicalização e a separação do doente de seu convívio social (DIMENSTEIN, 1998; FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004).

A reinserção social desse sujeito ainda é vista com ressalvas, pois o psicólogo se mostra resistente às exigências de mudanças para as práticas integradoras e participativas com os usuários desses serviços (DIMENSTEIN, 1998; DIMENSTEIN, 2000). Um entendimento das atividades do psicólogo neste cenário com caráter de prevenção e de assistência primária é percebido como essencial para o desenvolvimento de uma nova perspectiva de atuação.

As produções científicas pesquisadas apresentam, principalmente, a necessidade de reconhecimento da intersecção entre a psicologia e o social, apresentando uma crítica à descontextualização da prática do profissional psicólogo no SUS.



É salutar a necessidade de construção de novas práticas voltadas para a produção social da saúde, práticas comprometidas com o bem estar social e, conseqüentemente, com a cidadania. Para tanto, é reconhecida também a necessidade de ampliação do alcance do trabalho do psicólogo para além do espaço físico institucional e de estabelecimento de vínculos entre o profissional e a comunidade onde se inserem os serviços oferecidos em Saúde Mental (CAMPOS, 1992a; DIMENSTEIN, 2000; DIMENSTEIN, 2001; TRAVERSO-YÉPEZ, 2001; GIOIA-MARTINS; ROCHA JÚNIOR, 2001; SPINK, 2003).

Assim sendo, dois aspectos importantes se destacam ao estudarmos a inserção e o trabalho do psicólogo na saúde pública, especificamente no âmbito do SUS: a composição de um novo campo de saber e o aprimoramento da formação acadêmica para atuação nesse novo campo de saber.

Este novo campo é denominado Psicologia da Saúde tanto por Yamamoto e Cunha (1998), como por Rey (1997) e por Silva, Oliveira e Franco (1998) em seus trabalhos. Apesar da definição de Matarazzo, datada de 1982, a ciência psicológica somente reconhece e volta-se para esse campo de estudos mais de uma década depois.

Para Yamamoto e Cunha (1998), a Psicologia da Saúde, derivada da Psicologia Clínica, é na verdade um campo de atuação, e a Clínica, um local de atuação, dessa forma, fazendo parte da primeira, somente difere-se desta por assumir um potencial de avaliação e manejo de problemas de saúde, além daqueles tidos na atuação comum do psicólogo clínico, quais sejam, os problemas emocionais e psicopatológicos.

No entanto, Rey (1997), SILVA *et al.* (1998), Yamamoto; Cunha (1998), Nascimento (1999) e Spink (2003),

reconhecem a necessidade de desenvolvimento desse novo campo de saber, incluindo a elaboração ou reformulação de pressupostos teóricos e metodológicos para o desenvolvimento de novas formas de atuação e práticas profissionais.

Uma vez que esta necessidade não é suprida, grande parte dos profissionais acaba por transpor o modelo da prática clínica tradicional, individualizante, para os espaços públicos, mesmo sem contextualização diante da grande demanda por práticas eminentemente coletivas e abrangentes (REY, 1997; YAMAMOTO; CUNHA, 1998; SILVA *et al.*, 1998; NASCIMENTO, 1999; SPINK, 2003).

Segundo Nascimento, “a formação básica do psicólogo tem sido, ainda, direcionada para os aspectos individuais e curativos de assistência” (1999, p. 44). Se considerarmos os três planos de assistência citados anteriormente, o trabalho do psicólogo privilegiaria o atendimento psicológico na assistência secundária e terciária. É possível constatar, então que “a atuação psicoterápica, que é apenas um dos braços da clínica, é muitas vezes vivenciada, pelos profissionais da área, como sinônimo dela” (NASCIMENTO, 1999, p. 31).

A origem e a solução da problemática acima descrita, para os autores, estariam na formação profissional. A origem porque a imagem mais popularmente conhecida de psicólogo é a do clínico de atuação psicoterápica, o que é reforçado pela academia, que fornece mais possibilidades de atuação nesse modelo (DIMENSTEIN, 2001).

Segundo levantamento sobre a grade curricular dos cursos de Psicologia no País realizado por Amorim (2003), apesar de reconhecida a necessidade de revisão da formação acadêmica, poucas universidades incluem em seus currículos disciplinas que abrangem a atuação

profissional em políticas públicas ou, quando incluem, partem de uma perspectiva burocratizante e descontextualizada.

De acordo com a autora, os avanços da ciência psicológica e a emergência de práticas profissionais que vêm se legitimando como mais comprometidas com a realidade não estão sendo refletidas pela formação (AMORIM, 2003).

O resultado dessa descontextualização é a grande ineficácia do trabalho do profissional de saúde mental nas instituições de saúde pública, com devidas exceções para trabalhos inclusivos e que consideram as especificidades contidas na realidade dessas instituições (YAMAMOTO; CUNHA, 1998; DIMENSTEIN, 2001; YAMAMOTO *et al.*, 2002).

Para Dimenstein (2000), o atendimento psicológico em instituições de saúde pública será eficaz na medida em que compreender o conjunto de crenças trazidas por seus usuários, ou seja, psicólogos e pacientes devem compartilhar de uma mesma visão de mundo, das mesmas idéias de causalidade e cura: “Toda prática terapêutica só é eficaz se ela funciona como um sistema simbólico para o indivíduo, ou seja, se ela é capaz de lhe oferecer uma explicação, um sentido para o seu sofrimento e suas vivências” (FIGUEIRA *apud* DIMENSTEIN, 2000, p. 111).

Mudanças na formação profissional são percebidas como a solução para a atuação do psicólogo, pois é nesse momento que o futuro profissional deve receber a preparação necessária para o enfrentamento da realidade da saúde pública, no espaço acadêmico devem ser formuladas as contribuições para novas formas de atuação e prática profissionais.

### **Considerações finais**

Com o levantamento das produções científicas, percebemos que as temáticas predominantes nos estudos da atuação do psicólogo em saúde pública são a formação profissional; as práticas nos diversos contextos do SUS, como por exemplo, nos CAPS, nas UBS e nos hospitais; e, principalmente, a crítica à atuação do psicólogo, dada a descontextualização da sua formação e conseqüentemente do seu trabalho frente à demanda atendida em saúde pública.

É reconhecido que o psicólogo deveria pautar seu trabalho de assistência, levando em consideração as peculiaridades da população beneficiária do SUS. Porém, a formação oferecida nas universidades, ainda no período atual, não abrange este campo de atuação do psicólogo. Assim, este profissional terá dificuldades em acompanhar e responder às demandas sociais e políticas por melhorias da qualidade de vida da população usuária do sistema de saúde pública.

Necessita-se, portanto, a implementação de uma formação adequada, que habilite o profissional a realizar uma análise crítica da realidade brasileira, que o capacite a detectar alternativas de intervenção, a acompanhar e responder ao contexto social e político da população usuária do sistema de saúde pública.

Por isso busca-se uma reavaliação do ensino, acompanhado de novas formas de atuação dentro do SUS, com vistas à melhoria dos serviços prestados pelo psicólogo em saúde pública. O que é demonstrado nas produções científicas por meio da ênfase na revisão das formas de atuação do psicólogo dentro do SUS, da análise das mesmas, dos efeitos produzidos, das teorias utilizadas e da verificação da relevância de suas próprias práticas.

Acredita-se que essa pesquisa tem sua importância por servir de base às

futuras pesquisas no campo da Psicologia da Saúde, analisando o desenvolvimento desse campo de saber.

### Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 879-889, 2002.

AMORIM, S. M. F. Loucura, política e ética: a formação do psicólogo em questão. In: CFP (org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 220-229.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais**. In: Conferência Municipal de Saúde Mental, 1, 2010, Campo Grande. **Saúde Mental, Direito e Compromisso de Todos: pactuar avanços e enfrentar desafios**. Campo Grande: [s.n.], 2010. p. 1-8.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2003. 175p.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 19/set/2009.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 19/set/2009.

\_\_\_\_\_. **II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Coordenação de Saúde Mental, 1992.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, 2000. Disponível em

<<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5985.html>>. Acesso em: 18/fev/2010.

\_\_\_\_\_. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2001**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 110p.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 29.ed. São Paulo: Saraiva, 2002a.

\_\_\_\_\_. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Brasília, 2002c. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html>>. Acesso em: 18/fev/2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Brasília, 2002d. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4124.html>>. Acesso em: 18/fev/2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003; Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei\\_10708.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei_10708.pdf)>. Acesso em: 18/fev/2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília, 2004. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7450.html>>. Acesso em: 18/fev/2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt\\_1876.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_1876.pdf)>. Acesso em: 18/fev/2010.

CAMPOS, F. C. B. O lugar da saúde mental na

- saúde. In: CAMPOS, F. C. B. (org.). **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 47-57.
- \_\_\_\_\_. F. C. B. Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de Saúde Mental. In: CAMPOS, F. C. B. (org.). **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 59-64.
- CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8142/90)**. 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. 272p.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil**. Brasília, 1992; Disponível em <[http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/atr\\_prof\\_psicologo.pdf](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/atr_prof_psicologo.pdf)>. Acesso em: 2/jul/2010.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.
- DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 3, n. 1. p. 53-81, jun. 1998.
- \_\_\_\_\_. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 5, n. 1, p. 95-121, jun. 2000.
- \_\_\_\_\_. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul-dez. 2001.
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de Apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 242p.
- FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, ago. 2004.
- FRANCO, A. L. S.; BASTOS, A. C. S. Um olhar sobre o Programa Saúde da Família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância sanitária. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 7, n. 2, p. 65-72, dez. 2002.
- GARCIA, H. **Dicionário moderno da língua portuguesa**. São Paulo: Rideel, [s/d]. 942p.
- GIOIA-MARTINS, D.; ROCHA JÚNIOR, A. Psicologia da saúde o novo paradigma: novo paradigma?. **Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo, v. 1, n. 3, p. 355-42, 2001.
- JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 432p.
- LOBOSQUE, A. M. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da Luta Antimanicomial. In: CFP (org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003a. p. 20-30.
- \_\_\_\_\_. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003b. 197p.
- MATARAZZO, J. D. Behavioral health's challenge to academic scientific and professional psychology. **American Psychologist**. EUA, v. 1, n. 37, p. 1-14, 1982.
- MAUSNER, J. S.; KRAMER, S. **Introdução à Epidemiologia**. 3 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. 542p.
- MIYAZAKI, M. C. O. S *et al.* Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.
- NASCIMENTO, V. N. A. **Atuação de psicólogos na Saúde Pública do Município de Campo Grande: aspectos sobre prática e formação profissional**. 1999. 117 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 1999.
- RESENDE, Heitor. **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 186p.
- REY, F. G. Psicologia e saúde: desafios atuais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, 1997.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 708p.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 3, n. 5. p. 538-542, out. 1997.

SILVA, L. A. V.; OLIVEIRA, R. F.; FRANCO, A. L. S. Inserção do psicólogo em programa de atenção primária à adolescência: uma experiência em Salvador-Bahia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 11, n. 3. 1998.

SILVA, M. V. O. O movimento da Luta Antimanicomial e o Movimento dos Usuários e Familiares. In: CFP (org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 84-111.

SILVA, R. C. Formação em Psicologia para o trabalho na Saúde Pública. In: CAMPOS, F. C. B. (org.). **Psicologia e Saúde**: repensando práticas. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 25-40.

SPINK, M. J. P. (org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. Brasília: ABEP/MS/OPAS/OMS, 2006. 98p.

\_\_\_\_\_. **Psicologia Social e Saúde**: práticas, saberes e sentidos. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 339p.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, dez. 2001

YAMAMOTO, O. H.; CUNHA, I. M. F. F. O. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 11, n. 2. 1998.

YAMAMOTO, O. H; TRINDADE, L. C. C. O; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo em hospitais do Rio Grande do Norte. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 217-246. 2002.