

O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional

Ana Cláudia Tolentino Pires

Prefeitura Municipal de Marília – SP – Brasil

Tânia Moron Saes Braga

Universidade Estadual Paulista – Marília – SP – Brasil

Resumo

Este artigo apresenta uma revisão da literatura a respeito da inserção do psicólogo na saúde pública no Brasil, sua formação e atuação profissionais. Verifica-se que a regulamentação da Psicologia como profissão ocorreu há 45 anos, enquanto a inserção do psicólogo na saúde pública se deu somente 20 anos depois, porém de forma descontextualizada e vinculada apenas à saúde mental. Os autores defendem a ideia de que a Psicologia na saúde não pode limitar-se apenas à saúde mental, mas sim desenvolver práticas que atendam às necessidades da população, em seu contexto integral. Quanto à formação profissional, enfatizam-se a necessidade de fortalecimento técnico e teórico, o aprimoramento de práticas curriculares que promovam e sustentem os seus modelos de atuação, bem como a ampliação dos serviços em um contexto global, focalizando, sobretudo, as necessidades locais e propostas vinculadas à saúde pública.

Palavras-chave: Psicologia da saúde, Saúde pública, Formação do psicólogo, Atuação do psicólogo.

The psychologist in public health: Professional education and insertion

Abstract

This study is a review of the literature regarding the psychologist's insertion in the Brazilian public health system, his professional education and performance. It was observed that Psychology regulation as a profession occurred 45 years ago, and the psychologist's insertion in public health only happened 20 years later, but even so it was non-contextualized and related only to mental health issues. According to authors, however, health psychology cannot be limited to mental health, but to the development of practices that may meet the needs of the population in a larger context. As for professional education, it is recommended that the emphasis should be placed on improving theoretical and technological knowledge in addition to curricular practices that may favor and give support to their performance models, as well as extend their service to a global context, particularly focusing on the local needs and proposals directed to public health.

Keywords: Health psychology, Public health, Psychologist education, Psychologist performance.

O presente trabalho constitui uma reflexão sobre a inserção e formação do psicólogo na saúde pública brasileira, a partir de referenciais da área da Psicologia da Saúde. Recorre-se ao levantamento bibliográfico e à análise de

documentos, para buscar caminhos já percorridos por outros pesquisadores, no intuito de conhecer como ocorreu a inserção do psicólogo na saúde pública, quais as atividades desenvolvidas dentro desse contexto e os

Endereço para correspondência: Ana Cláudia Tolentino Pires. Prefeitura Municipal de Marília- SP - Brasil. Rua Augustinho Jotta, 105, João Batista Tofolli, Marília, SP. CEP: 17522-160. E-mail: actolentinopires@bol.com.br.

Trabalho parcial derivado da Dissertação de Mestrado com o título: *Psicologia e Rede Básica de Saúde: Tendências Curriculares e Características de Atuação Profissional*, defendida em 2006, contendo 105 páginas, vinculada à Universidade Estadual Paulista de Marília – São Paulo.

aspectos relacionados à formação deste profissional. O presente artigo apresenta dados da história da inserção do psicólogo, definições e concepções da área da Psicologia da Saúde, descrições da atuação e da formação profissional, visando a contribuir para o entendimento da inserção do Psicólogo na Saúde Pública, e proporcionar uma reflexão sobre a atual constituição das práticas psicológicas, nos serviços de saúde, em especial no nível primário de atenção à saúde.

Inserção do psicólogo em instituições de saúde

Segundo Gioia-Martins e Rocha Júnior (2001), “o trabalho de psicólogos em instituições de saúde remonta ao início do século XX e surgiu com a proposta de integrar a Psicologia na educação médica” (p. 36), cujo objetivo principal era trazer mais humanização aos atendimentos. Parece que havia exclusividade para a atuação do médico, que tinha nesse modelo a compreensão da saúde como algo a ser conservado ou curado, frente a agressões pontuais, como acidentes e infecções. Esse modelo, em que se priorizava o viés médico, sofreu muitas alterações, em função das mudanças das causas de morbidade e mortalidade: deixando as características próprias de doenças infecciosas – como pneumonia e tuberculose – chegou à atualidade como um modelo mais relacionado com o estilo de vida, com causas ambientais, ecológicas e padrões comportamentais, como doenças cardiovasculares, câncer, Aids, entre outras.

A inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde ocorreu no final da década de 1970, com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, com vistas à redução de custos e maior eficácia dos atendimentos, por meio da formação de grupos multiprofissionais, conforme atestam Carvalho e Yamamoto (2002). Esses autores citam ainda dois fatos que contribuíram para a presença de psicólogos, no setor de saúde: primeiro, a redução do mercado de atendimento psicológico privado, em decorrência da crise econômica pela qual o país estava sendo afetado, e, segundo, a crítica à Psicologia clínica tradicional, por não apresentar significado social, a qual motivava o surgimento de práticas alternativas socialmente mais relevantes.

O grande desenvolvimento da área, segundo Sebastiani (2003), aconteceu nos anos de 1980, com a realização de diversos concursos públicos em instituições municipais, estaduais e federais de saúde, embora a inserção do psicólogo na saúde, em nosso país, tenha sido iniciada na década de 1950, antes mesmo da regulamentação da profissão.

No Estado de São Paulo, a inserção do psicólogo se deu mais recentemente, em 1982, de acordo com política da Secretaria de Saúde visando à desospitalização e extensão dos serviços de saúde mental na rede básica, conforme Spink (1992). Os novos princípios que embasam os cuidados à saúde mental valorizam o atendimento do paciente dentro do seu contexto e o trabalho em equipe e multiprofissional e, sendo assim, o psicólogo clínico é parte importante dessa equipe (Dimenstein, 1998). Essa reforma no sistema de saúde e a valorização do trabalho em equipe atraíram a atenção de vários psicólogos, antes alheios ao campo da assistência pública à saúde.

No nível municipal, na cidade de Marília, interior do Estado de São Paulo, a inserção do psicólogo na Rede Básica de Atenção à Saúde ocorreu em 1992, com a implementação do Projeto UNI pela Faculdade de Medicina de Marília, uma vez que, após uma avaliação territorial, foi constatado um grande número de portadores de transtornos mentais, exigindo, para trabalhar tal problemática, que a equipe dessa área fosse composta por alguns profissionais da saúde mental, entre os quais o psicólogo, que passou a fazer parte das estratégias de ação do município (Faculdade de Medicina de Marília, Conselho de Associação de Moradores de Marília, Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1996).

Observamos que a introdução do psicólogo foi baseada na demanda de origem psiquiátrica, com proposta de mudança da cultura de hospitalização do doente psiquiátrico. Portanto, podemos concluir que a Psicologia, especificamente no Estado de São Paulo e no município de Marília-SP, passou a fazer parte da área da saúde, com um forte vínculo ao modelo médico e à saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, tem havido mudanças no modelo de saúde e na concepção de que a saúde deve ser desenvolvida e não apenas conservada. A ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças abre uma nova

dimensão na compreensão dos fenômenos da saúde e da doença, desta forma as novas inserções criam tensões, devido às ferramentas da psicologia continuarem as mesmas.

Tais mudanças vêm exigindo transformações de teorias e práticas, que não contemplem apenas a atuação no campo da saúde mental, mas que também favoreçam o processo de saúde, em seu contexto e em suas necessidades globais. Assim, este estudo abre um parêntese para abordar a conceituação e as aplicações da Psicologia da Saúde, por considerá-las como possibilidades para atuações efetivas no setor de saúde.

A Psicologia da Saúde

Na busca de conceituações da Psicologia da Saúde, encontram-se definições consideradas simples de serem lembradas, segundo a opinião de Marks, Murray, Evans e Willig (2000), que descrevem a Psicologia da Saúde como um campo interdisciplinar preocupado com a aplicação dos conhecimentos e técnicas psicológicas à saúde-doença e os cuidados de saúde. Informações adicionais complementam esse conceito, enfatizando como objetivos da Psicologia da Saúde a promoção e a manutenção do bem-estar de indivíduos, da comunidade e da população. Embora se observe que o foco é normalmente na saúde física, mais do que na saúde mental, ressalta-se que esses aspectos não podem ser entendidos separadamente (Marks et al., 2000). A Psicologia da Saúde é um campo multidisciplinar formado por ramos de ciências sociais e da saúde, incluindo antropologia médica, sociologia médica, ética médica, política social, economia, epidemiologia, medicina, cirurgia, e odontologia. Essa abordagem traz conhecimento e teoria de disciplinas cognatas para uma novo campo interdisciplinar entre a psicologia e esses campos relacionados em processo de evolução (Marks et al., 2000).

Uma das preocupações dos psicólogos que atuam na saúde é compreender a relação entre o comportamento e a saúde e como intervir na interface indivíduo, sistema de saúde e sociedade. Uma conceituação mais ampla, bastante citada e aceita por muitos autores, é a de Matarazzo (1980), para quem se trata de:

um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais

da disciplina da Psicologia para promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, e a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde (p. 815).

A definição de Psicologia da Saúde foi adotada pela American Psychology Association (APA), pela British Psychology Society (BPS) e por profissionais e organizações científicas, tornando-se uma divisão da APA, em 1979. No cenário brasileiro, Kerbauy (1987), preocupada com a relação comportamento e saúde, descreve a origem da Psicologia da Saúde e chama a atenção para a variação de nomenclaturas empregadas para a área: a Medicina Psicossomática, a Psicologia Médica, a Medicina Comportamental, entre outras. Alerta para que esta não seja mais uma divisão para a Psicologia, já que não se trata de uma profissão, e sim de uma área de conhecimento e pesquisa da Psicologia.

Para Taylor (1999), a Psicologia da Saúde constitui um campo da Psicologia destinado a entender as influências psicológicas sobre como as pessoas permanecem saudáveis, por que ficam doentes e como agem quando adoecem. Taylor (1999) focaliza ainda a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, as relações entre saúde-doença e o comportamento e as melhorias na sistemática de cuidado e formulação de políticas de saúde. O campo da Psicologia da Saúde é amplo e as definições incluem a análise e a tendência do sistema de atenção à saúde para os âmbitos de recuperação, prevenção e promoção, bem como para a elaboração de políticas da saúde. Dessa maneira, é explícita a sua relevância para quaisquer atividades, seja no nível primário, secundário ou terciário, seja nos processos e/ou políticas, dado o seu potencial para o bem-estar individual ou da comunidade.

O crescimento da área, segundo Marks et al. (2000), pode ser atribuído a três fatores: a) à evidência do aumento de doenças e da mortalidade, causadas pelo estilo de vida, b) ao fortalecimento da filosofia dos países industrializados de que os indivíduos são responsáveis por sua própria saúde, e c) ao aumento da discordância com o modelo médico e sua dominância, na atenção à saúde.

Paralelamente aos fatores destacados pelos autores, também notamos a valorização do contexto social como um dos determinantes da saúde, sendo a sua avaliação fundamental para qualquer ação a ser desenvolvida em prol da saúde.

As ações em Psicologia precedem a teoria, na perspectiva de Catharino (1999), de forma que, na Psicologia da Saúde, também não foi diferente; as ações e as necessidades da área despertaram a curiosidade de alguns profissionais, entre os quais Gioia-Martins e Rocha Júnior (2001), que vêem a Psicologia da Saúde como um novo campo, porém salientam a necessidade de as práticas, nesse novo contexto, serem acompanhadas por referenciais teóricos que forneçam subsídios básicos para sua sustentação. Esses mesmos autores apontam para as transformações da Psicologia, que surgem com as mudanças das necessidades da sociedade, valorizando o olhar para o contexto social, como a abertura de novos espaços de atuação, evidenciando ações educativas sobre as práticas saudáveis e a criação de políticas de prevenção para uma abrangência global, de sorte a mostrar a eficácia dessas ações para a redução dos custos de serviços de saúde.

A Psicologia da Saúde pode ser vista como um campo da Psicologia que nasce para dar resposta a uma demanda sociossanitária, de acordo com Sebastiani (2000), o qual destaca algumas tendências para essa área, como: integração de modelos teóricos, modificação de crenças e atitudes com relação às enfermidades, a participação individual e comunitária nas questões de saúde – todos aspectos compreendidos pelo autor como estratégias para soluções dos problemas de saúde.

Essa concepção ampliada de ações indica também a necessidade de ampliação de espaços de atuação, pois, em alguns momentos da história, a Psicologia da Saúde ficou restrita apenas à Psicologia Hospitalar. Tal circunstância leva estudiosos da área a examinarem a atuação, a exemplo de Miyazaki e Amaral (1995), que entendem que “o psicólogo da saúde deve ser definido como o profissional que lida com os problemas associados ao continuum saúde/doença, sem especificação do ambiente no qual atua” (p. 238).

Diante dessas mudanças de ambientes, de referenciais teóricos e técnicos, os profissionais inseridos esbarram nas especificidades da área.

Uma pesquisa realizada por Seidl e Costa Júnior (1999), sobre o psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal, constatou que 100% dos profissionais evidenciavam a necessidade de treinamento específico, para sua atuação profissional. Em relação à introdução de profissionais da Psicologia em outros níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário, Yamamoto (1998) reforça que não está em questão a importância do trabalho da Psicologia, na saúde pública, nem defende linhas específicas de teorias ou técnicas, mas insiste na instrumentalização técnica apropriada e respaldos teóricos que orientem as ações a serem desempenhadas, para além dos limites tradicionais. Por tratar-se de uma área recente, requer construções específicas, nas quais não se reproduzam apenas as práticas clínicas, todavia que sejam coerentes com as especificidades do setor de saúde. Bernardes (2010) refere que a maioria dos serviços se baseia no modelo clínico, sugerindo a abertura da Psicologia para o diálogo com todos os atores envolvidos, entre eles a comunidade, estimulando inclusive a participação e o controle social.

A limitação das práticas em saúde, ou seja, a transposição de atuação sem fundamentação teórica e envolvimento social, mostra-se como uma preocupação para Seidl e Costa Júnior (1999); eles explicitam que a Psicologia da Saúde, no contexto nacional, acompanhou a expansão e a evolução da Psicologia clínica, porém, atuando em diferentes áreas, que exigem um compromisso social por parte do profissional. Enfatizando esse contexto, Sebastiani (2000) sublinha que a área de saúde, é a que mais tem contratado psicólogos nos últimos quinze anos. Uma das justificativas para essa absorção seria a diminuição da procura pelas atividades de consultório baseadas em um modelo estritamente clínico.

Após verificar como ocorreu a inserção do profissional psicólogo no sistema de saúde, a conceituação da área da Psicologia da Saúde e a atuação profissional requerida, considera-se necessário examinar o que preconiza atualmente o sistema brasileiro de saúde, para a compreensão da formação do profissional que serão nele inseridos.

O sistema de saúde no Brasil

Nas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro tem sido marcado pelo modelo curativo. Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998)

ressaltam o baixo desenvolvimento nos diversos países, quanto aos componentes de promoção (praticamente inexistente) e o de prevenção (restrito, na maioria das vezes, aos programas tradicionais da Saúde Pública, inclusive as ações de vigilância epidemiológica e sanitária).

Alguns fatos marcaram e impulsionaram mudanças de conceitos e ações significativas, entre as quais a necessidade de ampliação de categorias profissionais no setor, quando o psicólogo foi destacado. Dentre esses, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, promovida, em 1986, pelo Ministério da Saúde, quando três dentre os principais temas discutidos foram: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor.

Também foi relevante a criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – que aconteceu em 1987, com os seguintes objetivos apresentados como prioritários: universalização do atendimento, redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde, e controle social, assim como maior agilidade da máquina administrativa, visando à maior eficiência a curto prazo. Segundo o modelo previsto, o sistema a ser organizado teria os serviços primários sob o controle das prefeituras e os secundários e terciários seriam controlados pelos Estados. A forma de implantação se daria por meio de convênios.

Embora a idéia da formação do SUS – Sistema Único de Saúde – tenha ocorrido em 1986, a sua implantação aconteceu dois anos mais tarde, garantida pela Constituição, estabelecendo a saúde como um direito social universal, a ser oferecido pelo Estado. Foi, então, criado o Sistema Único de Saúde, cuja função era a de organizar as ações e serviços de saúde de modo descentralizado e com direção única, em cada esfera de governo, além das diretrizes de atendimento integral e participação da comunidade. Dessa forma, a saúde passa a ser vista como direito ao cidadão.

Com as mudanças socioculturais, de morbidade, mortalidade, controle de doenças, melhor controle das vigilâncias sanitária e epidemiológica, tivemos vários conceitos de saúde, entre os quais o atual, que é baseado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual valoriza o conceito ampliado de saúde, com vistas à amplitude do bem-estar do ser humano,

descaracterizando o conceito voltado somente para a cura de doenças e passando ao enfoque de promoção de saúde, configurando uma nova modalidade de assistência, baseada no modelo de vigilância à saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Para Teixeira et al. (1998), a definição ampliada desse modelo, bem como a formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos, à luz da moderna Epidemiologia, articulam-no ao modelo clássico da História Natural das Doenças, que abrange desde as ações sociais até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos e as de recuperação e reabilitação de doentes. Nesse modelo de atuação, há algumas modalidades que regem tal conceito de saúde, entre as quais é possível destacar: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos e a reabilitação da saúde. Essas definições são do Ministério da Saúde, citadas em um Documento Técnico de setembro de 2005, onde cada uma delas possui definições específicas que norteiam as ações em saúde no contexto nacional (Brasil, 2005).

Nesse percurso de construção do SUS, encontramos, além de avanços, questões que necessitam de aperfeiçoamento e mudanças de atenção e de gestão. Com embasamento nesta lógica, criou-se a PNH – Política Nacional de Humanização da atenção a gestão no Sistema Único de Saúde, o Humaniza SUS. A PNH é orientada para a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania e controle social com o caráter participativo. Possui como princípios: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Tem como objetivos criar um sistema de saúde em rede que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, alterar o entendimento de saúde como ausência de doença, para a ampliação e fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural bem como a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais e implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, buscando oferecer um eixo articulador das práticas em saúde destacando o aspecto subjetivo nelas presentes (Brasil, 2008). Dessa forma, toda política e ação em saúde devem ter como eixo norteador a humanização.

Ressaltamos que uma de suas diretrizes é a clínica ampliada, sendo um estímulo para as diferentes práticas terapêuticas. Para tanto, essa modalidade deveria ser adotada por todos os profissionais da saúde, entre eles o psicólogo, como base para sua prática, propondo ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde.

A PNH propõe a organização do trabalho em equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar, bem como a garantia de participação dos trabalhadores em atividades de Educação Permanente (Brasil, 2008). De acordo com essa política, preconiza-se um novo tipo de interação entre os sujeitos, focalizados de forma singular, porém no contexto coletivo, chamando a responsabilidade para um novo modo de ser trabalhador, munido de qualificação técnica, política, conhecimento interdisciplinar com práticas multiprofissionais embasadas nas necessidades da comunidade (Dimenstein & Macedo, 2010).

As preocupações com o setor de saúde, dentro dessa perspectiva de promoção à saúde, são muito recentes, porém a tendência é a incorporação de tais modalidades de maneira eficaz, no setor. Trata-se de uma proposta que também ocorre em outras nações, sendo que, na literatura internacional pesquisada (Lengerke et al., 2004), muitos ressaltam a necessidade de políticas públicas capazes de apoiar o desenvolvimento de programas e ações que defendam e executem a manutenção da saúde, ou seja, o estímulo a bons hábitos, ocasionando a diminuição ou a eliminação de fatores de risco. Lengerke et al. (2004) defendem ainda que informações políticas, como as campanhas de saúde, são simples, mas importantes para o comportamento individual e coletivo, contribuindo para as políticas de saúde, de forma global.

Segundo Vinck, Oldenburg e Lengerke (2004), a promoção e a prevenção à saúde são destacadas como eixo principal para o atendimento na saúde, pois o adoecimento depende de fatores de risco e de hábitos do indivíduo, que constituem uma das maiores preocupações da saúde mundial. Assim, Hepworth (2004) também questiona as práticas, teorias e modelos da Psicologia na saúde, afirmando que, com o desenvolvimento da saúde pública, há necessidade de novos conhecimentos, práticas e trabalhos diferenciados. Nova forma de pensar e de

transformar a intervenção dos psicólogos no sistema de prestação de cuidados de saúde é sugerida pela psicologia da saúde crítica, preocupada em analisar como as relações de poder, a economia e os processos sociais influenciam a saúde, o sistema de saúde e a própria psicologia da saúde. Segundo I. Prilleltensky e O. Prilleltensky (2003), essa análise da influência das relações deve ser feita quer a nível individual, das relações interpessoais e familiares, quer a nível dos grupos e da comunidade. Destacando-se aspectos como a níveis de intervenção baseada em valores para o desenvolvimento do bem estar pessoal, relacional e coletivo. Ao revisar o tema, Teixeira (2008) considera que, em Portugal, a psicologia da saúde mostra sintomas de colonização mais ou menos acrítica pelos modelos anglo-saxões tradicionais e propõe a partir de um quadro de referência da psicologia da saúde crítica a possibilidade do desenvolvimento de uma perspectiva existencial.

Observando as mudanças no estilo de vida da população, em nível mundial, juntamente com as várias inovações e descobertas, na área da saúde, as quais não mais se limitam à recuperação, mas também se estendem às ações de prevenção e promoção, valorizando o enfoque coletivo, entendemos que essas mudanças refletem nas atuações de todos os profissionais envolvidos, sendo o psicólogo um deles. Nessa perspectiva, é relevante repensar as práticas, cenários de atuações e referenciais teóricos, para que sejam criadas estratégias de formação, bem como novas áreas de atuação do psicólogo, a fim de que este venha de fato a causar impacto nos resultados, dentro do setor de saúde. Embasado nessa problemática, Dimenstein (1998) nos chama a atenção para as novas demandas de responsabilidade social solicitadas pela população atendida no setor saúde, o que nos leva a questionar as atuações, saberes e referenciais teóricos utilizados pelos profissionais, mediante a realidade e adequação com o SUS.

Em estudo que caracteriza as atividades de psicólogos na rede Básica de Atenção à Saúde, Pires (2006) verifica que estas não contemplam as necessidades desse setor. O modelo empregado na prática das atividades baseia-se na transposição do modelo clínico e individual, com discretas ações coletivas e que, embora tenham um enfoque educativo, não ocorrem com frequência e de forma

sistematizada, de sorte que não constituem, assim, estratégias de atenção primária.

Em pesquisa realizada pela ABEP – Associação Brasileira de Ensino de Psicologia em 2006, ficou constatado que a principal atividade do psicólogo ainda é o atendimento clínico individual (Spink, 2006). Quanto a este aspecto, Campos e Guarido (2010) pronunciam-se enfatizando que, sendo a concentração das atividades o atendimento, o psicólogo deixa de realizar diversas ações imprescindíveis para a realização de seu trabalho na saúde, citando como exemplos: planejamento e gestão do trabalho, o conhecimento das demandas do território, dos recursos públicos e comunitários, ações intersetoriais e com a comunidade, o envolvimento no trabalho de geração de renda e redes sociais de apoio.

Baseado nesse novo cenário, são requeridas alterações de foco da cura de doenças para a prevenção e promoção à saúde, do atendimento excludente para um direito adquirido, de um regime de ações centralizadas para a avaliação territorial, favorecendo a construção de ações fundamentadas nas necessidades. Tais modificações têm sido sugeridas gradualmente, com tentativas de implantações no setor de saúde muito recentemente, com poucos parâmetros de avaliação.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender como se dá a formação do psicólogo, nesse atual processo de mudanças.

Formação do psicólogo para a atuação em saúde

A regulamentação da Psicologia como profissão ocorreu em 1962, data após a qual, é importante ressaltar, a Psicologia foi mantendo sua tradição de formação centrada nos três modelos de atuações: clínico, escolar e organizacional. Essa manutenção da formação, juntamente com a inserção de psicólogos em espaços diferenciados, as alterações das características nacionais diante da problemática da morbidade e da mortalidade e da alteração de necessidades da população, despertaram o interesse de diversos estudiosos. Quanto ao modelo profissional, Bastos (1990) afirma que as instituições formadoras usam um modelo homogêneo e tradicional, dando continuidade à formação para a realização de serviços que caracterizam a sua atuação, desde a sua

regulamentação, ficando claro que não têm a exploração perante o crescimento e novos cenários onde os profissionais foram e estão sendo inseridos.

As ações realizadas em Psicologia precedem a teorização, desde o início da história da Psicologia. Catharino (1999) salienta que, com a regulamentação da profissão, esse fato talvez tenha sido corrigido nas três grandes áreas da Psicologia – clínica, escolar e organizacional –, no entanto, o exercício da profissão, na área da saúde, ainda se encontra da mesma forma. Angerami-Camon (2000) ressalta que os novos campos de atuação apresentam necessidades e especificidades próprias e inerentes a sua configuração, entre eles o da saúde.

O psicólogo, desde a sua formação, não tem sido capacitado de modo sistemático a exercer o papel que lhe é solicitado pelo sistema de saúde, argumentam Seidl e Costa Júnior (1999); nessa mesma direção, Miyazaki, Domingos, Valério, Santos e Rosa (2002) nos chamam a atenção para nossa atual realidade e, a partir dos padrões de morbidade e mortalidade, da tecnologia, da evolução do conhecimento e da administração do sistema de saúde, referem que isso favorece novas possibilidades de atuação do psicólogo, mas que a universidade deve estar preparada para proporcionar uma formação que atenda às necessidades específicas dessa área, com vistas para a necessidade de desenvolvimento de habilidades e competências para a atuação no SUS durante a formação profissional.

Quanto à formação acadêmica, Dimenstein (2000) considera que é o fortalecimento junto aos aportes teóricos e práticos que embasa a atuação do profissional; tais conteúdos, por sua vez, também podem atender à expectativa que a sociedade tem em relação ao psicólogo na saúde, cuja atuação, baseada em modelos não muito práticos para esse setor, tem causado um descompasso entre valores culturais de pacientes e profissionais, que ainda não colaboram para as necessidades atuais do campo de assistência à saúde. Com efeito, segundo esse autor, tem ocorrido a transposição do modelo clínico, ou seja, da psicoterapia individual de base psicanalítica para postos, centros e ambulatórios de saúde, que nem sempre vai ao encontro dos objetivos das instituições e da população, acabando em ações pouco favoráveis, no que tange às perspectivas da saúde pública. Dimenstein (2000) destaca,

igualmente, a diferença entre a clientela do setor público e do privado: no setor público, o profissional depara-se com a população de baixa renda, encaminhada por outro profissional ou instituição, a qual chega com expectativas distintas das que buscam atendimento no setor privado.

Em trabalho realizado sobre a desinstitucionalização em saúde mental, Bandeira (1992) enfatiza que o psicólogo tem um papel importante para executar, nos projetos de saúde mental. Salienta, também, que a formação profissional é um dos requisitos básicos para o funcionamento dos projetos, justificando que a estrutura dos estágios para a formação clínica dos acadêmicos de Psicologia, tem-se preocupado tradicionalmente com o atendimento clínico particular, um modelo do psicólogo clínico de consultório, e que apenas recentemente esse modelo tem-se expandido para a inclusão no âmbito da Psicologia comunitária.

Quanto à responsabilidade das instituições formadoras perante os modelos de atuação, Dimenstein (2000) entende que os cursos de Psicologia não possibilitam ao acadêmico o conhecimento dos aspectos sociais, entre outros, os quais seriam fundamentais para a determinação de sua prática baseada na realidade de atuação. Ele argumenta que os cursos de graduação desempenham um papel essencial na determinação de modelos de atuação, que se apresentam extremamente limitados e inadequados à realidade sanitária, valorizando demasiadamente o psicólogo enquanto profissional liberal. Essa representação constitui um pólo atrativo para os que buscam tal profissão, resultando na expectativa, dentre a maioria dos estudantes que frequentam os cursos de Psicologia brasileiros, que aspiram ao ideal liberal de atuar na classe média urbana, bem como de ter uma formação teórica voltada para a clínica, dentro do modelo tradicional do atendimento individual. Tal atuação coopera para determinar a representação social que o público tem da Psicologia e do psicólogo.

As ações desenvolvidas pelo psicólogo na saúde, bem como a sua formação, são questionadas por Miyazaki et al. (2002), quando asseveram que os conhecimentos em Psicologia clínica são fundamentais para atuação na saúde, mas também são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho, na área, ressaltando que os

profissionais contratados por concursos continuam a utilizar o modelo clínico em instituições que exigem ajustes e aprimoramento profissional contínuo. Especificamente sobre a formação, assinalam que os cursos de graduação em Psicologia não desenvolvem no aluno um repertório profissional coerente com as necessidades da área, dificultando a avaliação das necessidades locais, bem como a elaboração de pesquisas que possibilitem o desenvolvimento do setor.

Ao defender a ampliação de atuação do psicólogo, Gimenez (1992) aborda a interdependência de alguns pontos, entre os quais o reconhecimento dos órgãos governamentais, no sentido de abertura de vagas; quanto à formação, enfatiza a necessidade de as instituições formadoras fornecerem uma preparação adequada aos acadêmicos, a fim de que os mesmos venham a preencher o espaço profissional conquistado com ações efetivas para o desenvolvimento da profissão. A formação com uma visão generalista é defendida por Gioia-Martins e Rocha Júnior (2001), quando valorizam a problematização na busca pelas soluções, utilizando referenciais teóricos compatíveis com a prática, durante todo o curso, além do estabelecimento de currículos flexíveis.

Quanto aos estágios, experiências profissionais e atividades extracurriculares desenvolvidas por alunos de Psicologia, Carvalho (1986) frisa que “o aluno de Psicologia busca em atividades extracurriculares uma experiência prática que os cursos possivelmente não estão oferecendo, ou oferecem de forma insuficiente” (p. 38). Estudiosos da área mostraram preocupação com a visão da realidade que é fornecida aos acadêmicos, pelas instituições formadoras, como Silva (1992), que se refere à questão, salientando que o acadêmico precisa ser sensibilizado para entender a Psicologia como prática socialmente articulada dentro das instituições, ressaltando a necessidade da constante investigação sobre as mesmas. Essa visão ampla, voltada para a realidade, é imprescindível, e apenas será possível com a prática, durante a graduação, aplicada nos campos de assistência à saúde, para o desenvolvimento e avaliação *in loco* da realidade. Spink e Matta (2010) argumentam que “a psicologia contribui retomando na saúde, a problemática do sujeito e, contando que as pesquisas e teorias sejam definidas

de forma crítica, contrapondo-se as tendências universalizantes e biologizantes da Saúde Pública, enriquece o campo da Saúde Coletiva” (p. 42).

Baseado nessa lógica, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de educação Superior (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), lançaram, em novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Tendo como objetivo a integração ensino-serviço, visando a reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença em ênfase na atenção básica, promovendo transformação nos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Com a necessidade de corrigir o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios, diretrizes e necessidades do SUS, e aponta para a necessidade de pesquisas desenvolvidas na área da saúde com ênfase na investigação das necessidades da comunidade (Brasil, 2007). Quanto a esse aspecto, Spink e Matta (2010) relembram que formar profissionais no campo da saúde em consonância com as demandas no SUS não é um desafio apenas da Psicologia, considerando toda a identificação histórica de sua prática, mas também de todas as profissões da área da Saúde, destacando como privilégio o compromisso na construção do Sistema de Saúde.

A necessidade de mudança de paradigma parece envolver, igualmente, outras realidades. Em consulta sobre a Psicologia da Saúde de Portugal, observamos que também surgem problemas nessa área, quanto à formação, uma vez que Trindade e Teixeira (2000) expressam “a necessidade de respeitar as especificidades da área dentro da formação profissional, alertando que não é o fato de trabalhar em um serviço de saúde, que faz com que o psicólogo trabalhe em psicologia da saúde” (p. 95); também propõem a formação específica para os cuidados primários, justificando um investimento necessário para essa área de atuação. São projetos condizentes com a proposta ampliada, nos contextos de saúde: projetos de promoção à saúde, melhoria na adesão a exames, tratamentos médicos, regimes

alimentares, desenvolvimento de autocuidados e medidas de reabilitação, atenção a crises pessoais e problemas de adaptação à doença ou incapacidade, no *stress* induzido por procedimentos médicos, informação e comunicação relacionada à saúde, cuidados continuados, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e humanização dos serviços.

Enquadradas nessa proposta, Trindade e Teixeira (2000) sugerem uma formação geral para o trabalho em unidades básicas de saúde, abrangendo os conceitos amplos da saúde que favorecem a execução de programas, no setor primário, destacando a necessidade de conhecimentos básicos em Psicologia da Saúde e ciências da saúde, assim como o desenvolvimento de competências para a avaliação, intervenção e investigações psicológicas em saúde, trabalho em equipe, relações interpessoais, questões éticas, deontológicas e legais. E, quanto à formação específica, propõem conteúdos que contemplem as necessidades dentro do setor primário em saúde, tais como: sistema de cuidados de saúde primários, Psicologia nos cuidados de saúde primários, intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários, desenvolvimento de aptidões e formação de atitudes, desenvolvimento de competências e prática profissional supervisionada.

A preocupação com a formação do psicólogo atinge várias instâncias, entre as quais os Conselhos Regionais e Federais de Psicologia, em cujos arquivos constam artigos sobre a formação desse profissional, que estabelecem padrões dedicados a enfatizar a formação para a área da saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais, definindo a identidade e garantindo a homogeneidade do curso, contemplam uma formação ampla, respeitando a multiplicidade das concepções teóricas e metodológicas, assim como a diversidade de suas práticas e contextos vários de atuação (Brasil, 2001).

A regulamentação da Psicologia como profissão foi um marco para a formação, para cujo desenvolvimento a fixação das diretrizes curriculares nacionais também colaborou. Todavia, a formação ainda se encontra voltada para áreas tradicionais da Psicologia e necessita ser revista, uma vez que a inserção do profissional em áreas diferenciadas, juntamente com as mudanças associadas ao desenvolvimento do país, requerem, entre outras coisas, a formação para uma atuação

compatível com os anseios sociais e as necessidades de sua abrangência.

Ao analisar as matrizes curriculares de instituições de ensino do Estado de São Paulo, Pires (2006) constata uma tendência positiva das instituições formadoras, para que a formação contemple a Psicologia da Saúde, utilizando, com esse fim, disciplinas e estágios vinculados a essa área; no entanto, pela amostra das instituições formadoras analisadas, verifica-se que se encontram distantes de tal incorporação. Pire firma, ainda, que as Diretrizes Curriculares Nacionais, preveem condições para que o acadêmico seja formado, tendo o conhecimento mínimo para essa área de atuação, contudo, como essa regulamentação também é recente, os profissionais inseridos no mercado não foram capacitados de forma adequada para exercer suas atividades nesse campo, necessitando de intervenções emergentes, para uma atuação que cause impacto na área da saúde pública. E, assim, a educação permanente em serviço é indicada como uma possibilidade, para suprir a defasagem na atuação, por tratar-se de alternativa prevista nas Diretrizes.

A Educação Permanente em Saúde tem sido proposta do Ministério da Saúde, para a consolidação da reforma sanitária, que pressupõe várias faces: a ordenação na formação de Recursos Humanos, a formulação e execução de políticas orientadoras na formação de trabalhadores para o setor, vista como um conceito pedagógico que favorece a reflexão crítica sobre o trabalho e a resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. Por meio desses e de outros argumentos, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 13 de fevereiro de 2004, segundo a Portaria nº 198/GM/MS (2004). Esta estratégia também é recomendada pela PNH, no qual enfatiza a garantia da participação aos profissionais em atividades de Educação Permanente.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Psicologia (Brasil, 2001), é contemplada a Educação Permanente, a qual é explicitada como os profissionais devendo ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e com o treinamento, por meio de estágios, das próximas gerações, colaborando com o desenvolvimento e a formação.

Para finalizar, pode-se considerar que a Psicologia da Saúde se constitui de uma área delimitada, cujo conceito é plenamente compatível com as propostas de saúde preconizadas pela saúde pública; no entanto, o vínculo e o histórico da Psicologia com a Saúde Mental, somados à formação baseada nos três eixos – clínico, escolar e organizacional – são determinantes para essa transposição do modelo clínico para a saúde pública. A formação é o caminho a ser seguido para a transformação, e o desafio é fazer com que as instituições formadoras e de serviço coloquem em prática o que está previsto nos parâmetros oficiais.

Referências

- Angerami-Camon, V. A. (2000). O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In V. A. Angerami-Camon (Ed.), *Psicologia da saúde* (pp. 7-22). São Paulo: Pioneira.
- Bandeira, M. (1992). Desinstitucionalização: estão os profissionais de psicologia preparados? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 373-384.
- Bastos, A. V. P. (1990). Mercado de trabalho: uma velha questão e novos dados. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2/4, 28-39.
- Bernardes J. S. (2010). A Psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 105-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação (2001). *Projeto de resolução institui as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia*. Brasília: Ministério da Educação e Cultura. Recuperado em 14 de outubro, 2005 de <http://www.mec.gov.br/cne/CES1314.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (2005). *Documento técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2008). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação (2007). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, F. C. B., & Guarido, E. L. (2010). O Psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-103). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, A. M. A. (1986). Formação profissional e atuação do psicólogo: alguns dados a respeito de relações entre atividades extracurriculares desempenhadas por alunos de psicologia e condições de atuação após a formatura. *Boletim de Psicologia*, 36, 31-39.
- Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (2002). Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Psicologia para a América Latina*, 1, 1-12.
- Catharino, T. R. (1999). Fragmentos da história da psicologia no Brasil: algumas notas sobre teoria e prática. In A. M. Jaco-Vilela, F. Jabur, & H. B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-psyché: história da psicologia no Brasil* (pp. 101-104). Rio de Janeiro: UERJ; NAPE.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3, 53-81.
- Dimenstein, M. D. B. (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, 95-121.
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2010). Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 207-214). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faculdade de Medicina de Marília, Conselho de Associação de Moradores de Marília, Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (1996). *Projeto de Consolidação UNI: período 1996 a 1999*. Marília: Faculdade de Medicina de Marília.
- Gimenez, S. R. (1992). *Algumas características de usuários do setor de pediatria de um centro de saúde escola: subsídios para atuação preventiva do psicólogo*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gioia-Martins, D., & Rocha Júnior, A. (2001). Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Psicologia: Teoria e Prática*, 3, 35-42.
- Hepworth, J. (2004). Public health psychology: a conceptual and practical framework. *Journal of Health Psychology*, 9, 41-54.
- Kerbaux, R. R. (1987). Relação entre comportamento e saúde. *Boletim de Psicologia*, 37, 49-53.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (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. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Lengerke, T. V., Vinck, J., Rutten, A., Reitmeir, P., Abel, T., Kannas, L., Luschen, G., Rodríguez Días, J. A., & Zee, J. (2004). Health policy perception and health behaviors: a multilevel analysis and implications for public health psychology. *Journal of Health Psychology*, 9, 157-175.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology: theory, research and practice*. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications.

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Miyazaki, M. C. O. S., & Amaral, V. L. A. R. (1995). Instituições de saúde. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva* (pp. 235-244). Campinas: Editorial PSY II.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valério, N. I., Santos, A. R. R., & Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13, 29-53.
- Pires, A. C. T. (2006). *Psicologia e rede básica de saúde: tendências curriculares e características de atuação profissional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília.
- Portaria n. 198/GM/MS. (2004, 13 de fevereiro). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Prilleltensky, I., & Prilleltensky, O. (2003). Towards a critical health psychology practice. *Journal of Health Psychology*, 8, 197-210.
- Sebastiani, R. W. (2000). Histórico e evolução da psicologia numa perspectiva Latino Americana. In: V. A. Angerami-Camon, (Ed.), *Psicologia da saúde* (pp. 201-222). São Paulo: Pioneira.
- Sebastiani, R. W. (2003). *Psicologia da saúde no Brasil: 50 anos de história*. Recuperado em 27 de janeiro, 2006 de <http://www.nemeton.com.br>.
- Seidl, E. M. F., & Costa Junior, A. L. (1999). O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15, 27-35.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos. (Ed.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. P. (1992). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In F. C. B. Campos (Ed.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 11-23). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. P. (Coord.). (2006). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica: Projeto Coletivo de Cooperação Técnica da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia: relatório final, outubro 2006*. Brasília: Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP. Recuperado em 25 de maio, 2010 de http://www.abepsi.org.br/web/Relatorio_pesquisa_ABEP.pdf.
- Spink, M. J., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology* (4a. ed.). New York: McGraw-Hill International Editions.
- Teixeira, C. F., Paim, J. S., & Vilasbôas, A. L. (1998). SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7, 7-28.
- Teixeira, J. A. C. (2008). Psicologia da saúde crítica: breve revisão e perspectiva existencialista. *Análise Psicológica*, 2, 335-345.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários: manuais universitários*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Vinck, J., Oldenburg, B., & Lengerke, T. V. (2004). Health psychology and public health-bridging the gap. *Journal of Health Psychology*, 9, 5-12.
- Yamamoto, O. H. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, 345-362.

Enviado em Abril de 2009
 Revisado em Junho de 2010
 Aceite final em Junho de 2010
 Publicado em Junho de 2010