

Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES)

Alexandra Iglesias
Bárbara Costa Guerra
Josélia Soares

Maristela Dalbello Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo: As práticas de promoção à saúde incluem ações focalizadas na mudança dos estilos de vida e abrangem atividades voltadas ao coletivo e ambiente físico, social, político, econômico e cultural. Elas são realizadas principalmente nas unidades básicas de saúde (UBS), e, muitas vezes, os profissionais psicólogos participam dessas ações. A pesquisa visou analisar as atividades de promoção desenvolvidas pelas UBS em dois municípios do Espírito Santo e a maneira como o psicólogo tem participado dessas ações. Foram entrevistados 48 diretores de UBS – com base em instrumento estruturado desenvolvido pelos pesquisadores – e oito psicólogos, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados demonstram indiferenciação conceitual entre ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Evidenciam também que os psicólogos das UBS de um dos municípios têm atuado em práticas coletivas e promotoras de saúde, o que representa uma mudança na prática desse profissional que, anteriormente, se restringia ao atendimento clínico individual. A ênfase do município em propostas de ações coletivas na área da saúde parece ter sido importante para impulsionar essa mudança.

Palavras-chave: promoção à saúde; prevenção de doenças; saúde pública; atenção primária em saúde; psicólogos.

ANALYSIS OF THE ACTIONS OF HEALTH PROMOTION CONDUCTED BY PSYCHOLOGISTS IN VITÓRIA (ES)

Abstract: The health promotion practices include focused actions on lifestyle changes and include activities devoted to the collective and to physical, social, political, economical and cultural environment. They are mainly taken in the primary care units (PCU), and psychologists usually participate in these actions. The research was concentrated in the analysis of which promoting activities are developed by psychologists on the PCU's in two cities of the Espírito Santo state, Brazil. Eight psychologists and forty eight PCU directors were interviewed. The results showed no differentiations on the concept among health promotion and diseases prevention actions. They also showed that, in one of the cities, PCU' psychologists have been acting on the collective and promoting health practices, which points to a behavioral change in these professionals' duties that used to be limited to individual clinic attending. The emphasis of the municipality on proposals of collective actions in health appear to be important to boost this change.

Keywords: health promotion; diseases prevention; public health; primary health care; psychologists.

ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD REALIZADAS POR PSICÓLOGOS EN VITÓRIA (ES)

Resumen: Las prácticas de promoción de la salud incluyen acciones focalizadas en el cambio de los estilos de vida y abarcan actividades dirigidas al colectivo y al ambiente físico, social, político, económico y cultural. Estas se realizan, principalmente, en las unidades básicas de salud (UBS), en las que los psicólogos están incluidos y participan comúnmente en estas acciones. La investigación pretendió analizar las actividades de promoción desarrolladas por las UBS en dos municipios en ES y explorar a manera como el psicólogo ha participado en estas

acciones. Se entrevistaron 48 directores de UBS con base en un instrumento estructurado que fue desarrollado por los investigadores y 8 psicólogos, por medio de entrevistas semi-estructuradas. Los resultados demostraron que no hubo diferencia conceptual entre las acciones de Promoción de la Salud y la prevención de enfermedades. También demostraron que los psicólogos de las UBS de un municipio han actuado en prácticas colectivas y promotoras de salud, señalando un cambio en la actividad de este profesional que, anteriormente se restringía a la atención clínica individual. La énfasis del municipio en propuestas de acciones colectivas en la área de la salud parece tener importancia para impulsar este cambio.

Palabras clave: promoción de la salud; prevención de enfermedades; salud pública; atención primaria de salud; psicólogos.

Introdução

As ações de promoção à saúde apresentam, historicamente, imprecisões conceituais que resultam em indefinições expressas na prática do cotidiano das UBS, local onde comumente ocorrem essas ações. Assim, ações de promoção são habitualmente confundidas com as de âmbito preventivo e/ou educacional em saúde, como já apontado em estudo anterior (DALBELLO-ARAUJO, 2005). A inserção de profissionais psicólogos na atenção primária/básica tem contribuído para problematizar essa discussão, visto que é extremamente difícil e impreciso atuar de maneira preventiva no que diz respeito ao sofrimento psíquico. A concepção holística de homem, bastante presente na Psicologia, como assinala Cardoso (2002), pode fornecer subsídios para ações coletivas que se configuram como de promoção à saúde, pois sua compreensão de homem como um ser integral contribui para a compreensão de que saúde diz respeito a inúmeros elementos, que não são apenas os de aspectos biológicos (CAPONI, 1997). Nesse sentido, é fundamental analisar o que é efetivamente produzido em nome da promoção à saúde e quais as contribuições que esses profissionais têm a fazer para a efetivação de seu ideário. Essa relevância também se expressa no incentivo observado nos últimos anos – pelos organismos internacionais, pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas secretarias municipais – no sentido de as ações em promoção à saúde poderem contribuir para o enfrentamento dos macrodeterminantes do processo saúde-doença (BUSS, 2000; PEIXOTO-PINTO, 2008).

O presente artigo refere-se a um estudo de campo de caráter exploratório sobre as ações de promoção à saúde realizadas em unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi realizada em dois municípios da região metropolitana da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo. Buscou-se realizar um levantamento do conjunto das ações em promoção à saúde realizadas no âmbito das UBS nesses municípios e verificar a participação dos profissionais psicólogos nessas ações.

Promoção à saúde: um desafio

O conceito de promoção à saúde transitou de um “nível de prevenção” da medicina preventiva, segundo Wislow (1920), Sigerist (1946) e Leavel e Clark (1965), para um “enfoque político e técnico” do processo saúde-doença-cuidado, de forma a se evidenciar nos últimos anos como uma acentuada reação à medicalização da vida social (CZERESNIA, 2003). Existem documentos provenientes de conferências internacionais sobre promoção

à saúde, tais como a Carta de Ottawa (1986), a Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Sundsväl (1991), a Declaração de Santafé de Bogotá (1992) e a Declaração de Jacarta (1997), que se constituíram como marcos para o fundamento da promoção à saúde sob essa perspectiva (BUSS, 2000).

Cientes das dificuldades históricas na diferenciação entre ações de promoção à saúde e ações de prevenção de doenças, vale destacar seus meandros definidores. As ações preventivas buscam, com base em um conhecimento prévio de determinada doença, controlar a sua transmissão e reduzir os riscos de agravos específicos. Para tal, são suscitadas medidas individuais de mudanças de comportamentos, tidos como de risco para determinada doença, bem como a incorporação de profilaxias biomédicas. Já no enfoque da promoção à saúde, procura-se identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença de forma a transformá-los favoravelmente em direção à saúde. Tradicionalmente, esse enfoque é definido de maneira bem mais ampla do que aquele observado na prevenção, pois serve para aumentar a saúde e o bem-estar geral, levando-se em consideração os ambientes: políticos, culturais, econômicos e sociais (CZERESNIA, 2003).

Segundo Buss (2000), têm-se evidenciado duas formas de entender e, conseqüentemente, de realizar as ações de promoção: a primeira forma é focada na evitação das doenças por meio da mudança de comportamento dos indivíduos, o que de toda maneira confunde-se com o enfoque preventivo. A segunda baseia-se numa perspectiva ampliada de saúde, compreendida como bem-estar e qualidade de vida, o que nos leva aos conceitos de coletivo e aos de ambientes físicos, sociais, políticos, econômicos e culturais. Essa perspectiva valoriza a participação dos sujeitos, o conhecimento popular e técnico e a articulação intersetorial para a transformação dos problemas sociais.

Carvalho (2004) ressalta que essas duas perspectivas da promoção à saúde coexistem nos serviços, daí a importância de se investigar, na prática, como elas se configuram. No entanto, essa discussão não se restringe ao campo conceitual ou avaliativo, visto que as ações de saúde não são neutras e, dependendo da forma e do ideário que carregam, podem refletir a ótica das formações individualistas, gerando grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o seu desempenho, culpabilizando a população por suas mazelas, justificando e dando margem à desresponsabilização do Estado pelo bem-estar da população.

De toda forma, percebe-se um grande desafio na efetivação de ações que se baseiam na perspectiva ampliada de saúde e na promoção de uma vida mais saudável e feliz, pois essa postura implica um confronto com a lógica capitalista neoliberal vigente, que se reflete em grandes desigualdades estruturais, especialmente em países em desenvolvimento. Assim, é muito mais frequente que se encontrem ações do primeiro enfoque, voltadas para ensinar à população quais são os hábitos não adequados à saúde, pois esta forma de ação se adapta bem àquela lógica, visto que “[...] tudo parece indicar que é mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência” (CAPONI, 2003, p. 64).

Ressaltamos, todavia, que tal enfoque mostra-se insuficiente para obter uma melhoria da qualidade de vida, pois tende a responsabilizar o indivíduo por não alcançar um nível adequado de saúde, quando as questões da iniquidade, responsáveis pela não saúde, estão fora da governabilidade da maioria da população, como afirma Carvalho (2004).

Comumente, com base no modelo de um “viver saudável” abstrato e a-histórico, elaboram-se regras de vida coercitivas e segregacionistas sob uma regulação social que perpassa uma vigilância sutil. “Dessa maneira tecnologias de promoção podem contribuir para a regulação do corpo biossocial [...]” (CASTEL, 1991 apud CARVALHO, 2004, p. 670). Além disso, o distanciamento dos problemas reais da população acaba por engendrar uma postura na qual “[...] o saber médico, científico, epidemiológico e social é rotineiramente empregado como ‘verdade’ para construir ‘problemas’ públicos de saúde e para encontrar a solução para os mesmos [...]” (PETERSEN; LUPTON, 1996 apud CARVALHO, 2004, p. 674).

Dessa crítica emerge a necessidade de construir estratégias que possam gerar verdadeiras opções de escolhas às populações, mediante informações que favoreçam o discernimento, ou seja, a autonomia de ação. Ao mesmo tempo que se fazem necessárias intervenções coletivas que diminuam a exposição do indivíduo a condições de vida insalubres tais como “[...] alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes” (CAPONI, 2003, p. 63).

Essa postura entende que a saúde é resultado de múltiplos fatores e que os sujeitos devem estar implicados tanto quanto os profissionais e os governos para garantir condições de uma existência saudável. Contudo, isso nem sempre se apresenta como possibilidade no âmbito restrito do setor saúde. Nesse sentido, tem sido apontada a necessidade de adotar estratégias intersetoriais, de forma que os diversos setores envolvidos possam se unir na busca por soluções globais. Dessa forma, segundo Czeresnia (2003), a consciência do limite entre os enfoques preventivos e de promoção à saúde são a base para mudanças mais radicais nas práticas de saúde.

Então, está posto o grande desafio na efetivação das ações amplas em promoção à saúde; tal fato é evidente para a realidade brasileira, pois a incorporação das premissas e estratégias de promoção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ter como parâmetro o imperativo de superarmos as raízes estruturais da iniquidade na saúde (CARVALHO, 2004). Essas considerações nos fazem indagar: como enfrentar o embate da lógica social hegemônica vigente, visando à transformação dos ambientes políticos, econômicos, físicos, culturais e sociais?

Na materialidade dos serviços de saúde, as ações de promoção à saúde acontecem prioritariamente nos serviços de atenção primária, já que se constituem como porta de entrada preferencial do SUS, como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, o que possibilita, por causa da proximidade com a casa e com a comunidade, a criação de espaços coletivos de discussão e de resolução dos problemas postos pela vida em sociedade. A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

Participação dos psicólogos na efetivação das ações de promoção à saúde

Entre os profissionais presentes na UBS, comumente médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e dentistas, também estão os psicólogos. São eles que,

muitas vezes, realizam ações de promoção à saúde nas chamadas ações coletivas. E é na inserção/atuação desses profissionais nesses serviços que nos atentaremos.

A história da Psicologia como profissão no Brasil é recente. Foi regulamentada na década de 1960, abrangendo apenas as áreas clínica, escolar, industrial e o magistério (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Essas áreas atualmente estão bastante ampliadas, não correspondendo mais ao universo de atuação do psicólogo brasileiro. Essa “[...] ampliação ocorrida em parte devido às próprias pressões do mercado de trabalho, passou a impulsionar os profissionais para outros campos de atuação [...]” (DIMENSTEIN, 1998, p. 54).

Dentre essas novas áreas, o campo da assistência pública à saúde agregou boa parte dos profissionais, “[...] principalmente a partir do final da década de 70, momento em que se nota um maior contingente de psicólogos nas instituições públicas no Brasil [...]” (DIMENSTEIN, 1998, p. 54). Além disso, a década de 1970 ficou marcada por inúmeras transformações sociais e econômicas que acabaram determinando o rumo das políticas públicas de saúde. A entrada dos psicólogos no setor público se deu num momento em que o modelo médico-assistencial-privatista¹ encontrava-se no seu auge, mas também em franco esgotamento (DIMENSTEIN, 1998). Esse modelo privilegia as práticas médicas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas, em detrimento da saúde pública. Em especial, a entrada da Psicologia na área da saúde mental ocorreu num momento em que o modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico encontrava-se em crise.

Em meados dos anos 1980, o cargo de psicólogo em unidades de saúde pública no Brasil foi criado oficialmente. Essa década também foi marcada pela instauração de programas que buscavam uma forma de atendimento integral aos cidadãos e pela criação das equipes multiprofissionais de saúde. Dois acontecimentos impulsionaram ainda mais a entrada da Psicologia no setor público: a diminuição da busca por atendimentos psicológicos nos consultórios particulares, em razão da crise econômica e social vivenciada naquele período, e a dificuldade de absorção do crescente número de profissionais recém-graduados (CARVALHO; YAMAMOTO, 1999). Para Dimenstein (1998), a inserção da Psicologia nesse setor configurou-se como uma tentativa de escape ao declínio social e à diminuição dos empregos que vinha ocorrendo desde meados da década de 1980.

Com a criação do SUS, novas demandas de responsabilidade social foram feitas aos psicólogos e novos questionamentos em torno dos seus saberes, dos seus referenciais teóricos, dos seus modelos assistenciais, de suas práticas e de sua adequação aos princípios do SUS. Dentre os novos espaços possíveis de atuação do psicólogo na saúde pública estão as UBS, e é nesse contexto que muitos psicólogos acabaram se inserindo. Contudo, alguns autores ressaltam que essa inserção não foi acompanhada de uma reflexão sobre as grandes possibilidades de atuação na promoção à saúde das comunidades. Pontuam

¹ Esse modelo organiza as ações de saúde para uma dada oferta de atendimento, não se preocupando com a adstrição da clientela, nem com o compromisso em obter impactos sobre o nível de saúde da população, levando as instituições públicas a adotar o modelo sanitarista como forma complementar para atender às demandas de cunho coletivo (PALHA; VILLA, 2008). Esses instrumentos poderão ser obtidos por meio de contato com as pesquisadoras, pelo e-mail institucional: dalbello@intervip.com.br

também que uma atuação mais comprometida socialmente deveria estar atenta ao planejamento e à execução de ações baseadas em demandas coletivas, levando em conta as especificidades dos problemas de saúde trazidos pela população (SILVA, 1992; DIMENSTEIN, 2001). Além disso, Andrade (2007) critica a atuação excessivamente restrita ao atendimento clínico tradicional individual e aponta a necessidade do enfoque em estratégias grupais e focais para lidar com os problemas e as necessidades da população adscrita. Entretanto, essa atuação será transformada ao mesmo tempo que se busca entender os conceitos de psiquismo que perpassam o imaginário das populações e perceber que a concepção de “clínica psicológica” pode abarcar ações que vão além das ações psicoterápicas especializadas, podendo incluir práticas preventivas e voltadas à promoção à saúde (LIMA, 2005).

Nesse sentido, algumas dificuldades são apontadas por vários autores acerca dessa inserção e atuação dos psicólogos nos serviços públicos de saúde. Entre elas está a formação profissional, isso porque muitos cursos de Psicologia continuam centrados no ensino de técnicas psicoterápicas, nos modelos tradicionais da clínica, nos atendimentos individuais: “Os currículos espelham e produzem um modelo hegemônico de atuação profissional da Psicologia e definições extremamente limitadas do que seja atuar na Saúde Pública, sendo a graduação, muitas vezes, insuficiente [...]” (RUTSATZ; CAMARA, 2006, p. 60). Como resultado, esses cursos acabam formando profissionais despreparados para atuar nesse setor. Esse pouco preparo acarretou, em seus primeiros anos, a transposição pura e simples desses modelos tradicionais aprendidos durante a graduação para o setor público, independentemente dos objetivos e da população nele atendida, gerando uma prática inadequada, descontextualizada (SILVA, 1992; DIMENSTEIN, 1998, 1999; BERNARDES, 2006) e desvinculada dos princípios do SUS.

Dessa maneira, durante um longo período, essa atuação acabou contribuindo para a manutenção do modelo médico hegemônico e para um trabalho com enfoque no tratamento de fenômenos psíquicos ou mentais, desconsiderando o contexto social/econômico/político no qual o indivíduo está imerso (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). No entanto, a discussão sobre a dificuldade do profissional na atuação comunitária não é recente, e uma avaliação um pouco mais cuidadosa mostra que tal dificuldade não se restringe ao encontro do profissional com as classes populares, mas aparece também entre os próprios profissionais quando convocados ao trabalho de equipe. Este nos parece ser o grande desafio na formação do psicólogo: que se consiga transmutar esses valores acadêmicos para que o acolhimento ao outro realmente se efetive e a produção coletiva ganhe corpo. Trata-se da dimensão ético/estético/político que fundamenta e direciona nossas ações (ANDRADE; DALBELLO-ARAUJO, 2003).

Em Vitória, a inserção dos profissionais psicólogos na rede pública de saúde se deu a partir de 1992, por meio de concurso. Estudos como os de Bassani (1995) e Andrade (2007), este baseado em pesquisa realizada em 2004, resultaram de levantamentos junto aos profissionais que atuavam nas unidades de saúde. Eles demonstram que, naquele período, a prática dos profissionais estava quase que exclusivamente voltada para a realização de atendimentos individuais no modelo da clínica tradicional. No estudo de Bassani (1995), os psicólogos reclamam a falta de um modelo a ser seguido para o trabalho em atenção

primária. Para essa autora, a falta desse modelo e/ou de proposta política para essa inserção funcionou como um entrave para expansão do campo de atuação dos psicólogos naquele setor. Em estudo posterior, Andrade (2007) verificou que alguns profissionais que se mostravam comprometidos e críticos com a importância da implicação política do psicólogo, demandavam práticas éticas, criativas, coletivas e expansivas de vida, denunciando o incômodo com a negligência do sistema e dos colegas não implicados com seus trabalhos nas unidades. No município de Serra, a inclusão dos profissionais psicólogos deu-se em 2004 por meio de concurso público, e esses profissionais vêm, desde então, atuando em centros de referências e de especialidades.

Diante de tais problemáticas, propusemo-nos, neste estudo, a buscar respostas para as inúmeras inquietações que esse tema suscita, especialmente nesses municípios que têm investido na construção do SUS nos últimos anos, priorizando a atenção primária. Vale ressaltar que outros concursos públicos foram realizados na região de Vitória, e o número de profissionais praticamente dobrou. Assim, perguntamo-nos: as ações realizadas pelos profissionais psicólogos condizem com os princípios do SUS? Qual é o papel do psicólogo na atenção primária? Os psicólogos estão inseridos nas ações de promoção à saúde? Estarão eles preparados para os desafios postos por essa atuação na saúde pública?

Estudos recentes sobre essa temática procuram responder a essas perguntas, porém elas ainda estão longe de serem esgotadas. Ainda que a promoção à saúde faça parte do ideário do SUS e os profissionais reconheçam sua importância e identifiquem esse traço como uma das marcas distintivas do sistema (OLIVEIRA et al., 2007), faz-se necessária a realização de estudos e pesquisas que visem identificar, analisar e avaliar as ações de promoção à saúde, verificando como são realizadas, seus impactos, quais benefícios são proporcionados para a população, assim como o papel do profissional psicólogo na problematização da vida social, na busca pela saúde como “[...] um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na declaração dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988” (BRASIL, 2004, p. 2).

Dessa forma, os objetivos deste estudo são:

- Descrever as atividades qualificadas como de promoção à saúde desenvolvidas nas unidades básicas de saúde dos municípios de Serra e Vitória.
- Verificar o engajamento dos profissionais psicólogos nessas atividades.
- Analisar a maneira como o profissional psicólogo realiza as atividades de promoção à saúde.
- Verificar e descrever as dificuldades encontradas pelos profissionais para a realização das atividades de promoção à saúde.

Método

Pesquisa de campo

O município de Vitória é a capital do Estado do Espírito Santo. Seu sistema de saúde está dividido em seis regiões territoriais: macrorregião de Maruípe, de São Pedro, de Santo Antônio, do Centro, de Forte São João e Continental. Cada qual abrange um ter-

ritório específico com suas respectivas UBS. A rede municipal de saúde de Vitória conta com 28 UBS, 19 delas regidas pela estratégia de saúde da família (ESF), o que representa um total de 78,41% da população do município coberta pela ESF (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2008). Já o município de Serra está configurado em sete regiões administrativas – Serra Sede, Civit, Laranjeiras, Carapina, Novo Horizonte, Castelândia e Jacaraípe – e conta com 32 UBS, das quais oito são regidas pela ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2006).

A presente pesquisa foi realizada no período de agosto de 2007 a julho de 2008, como parte do Programa Interinstitucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Foram visitadas 48 unidades básicas de saúde de dois municípios da região metropolitana de Vitória. Na ocasião, foram entrevistados 48 coordenadores/diretores, sendo 28 de Vitória e os demais do município de Serra, dos quais incluíram-se as oito que atuam no formato ESF. As demais não puderam ser visitadas em razão da maior extensão territorial desse município, já que algumas unidades estão situadas em zona rural de difícil acesso ou em bairros que comprometeriam a segurança da pesquisadora. A escolha dos diretores como sujeitos de pesquisa deveu-se ao fato de avaliarmos que a sua posição pode favorecer uma visão geral do funcionamento da unidade. Além deles, foram também entrevistados oito dos psicólogos inseridos nas unidades básicas do município de Vitória, visto que, em Serra, os profissionais psicólogos não atuam em unidades básicas e sim em serviços especializados, o que os distanciava dos nossos propósitos. Os oito psicólogos entrevistados representam 50% dos psicólogos citados no transcorrer das entrevistas com os diretores que afirmaram que estes profissionais executam ações de promoção à saúde. As entrevistas ocorreram nas dependências das UBS em que os participantes trabalham. Foram realizadas individualmente e gravadas em áudio com a devida autorização dos participantes e das respectivas secretarias municipais de Saúde, bem como do Comitê de Ética.

Procedimentos de coleta dos dados

Os instrumentos utilizados para a pesquisa de campo foram construídos pelas pesquisadoras² durante os preparativos para a pesquisa de campo. Utilizamos um formulário de perguntas estruturado dirigido aos coordenadores de unidade e um roteiro de entrevista com caráter semiestruturado destinado aos psicólogos. Ambos foram devidamente pré-testados, visando contribuir para o seu refinamento e treinamento das pesquisadoras. O formulário procurou obter informações detalhadas sobre as atividades que os coordenadores qualificavam como de promoção à saúde. Dele constavam nome da atividade, objetivos, resultados esperados e obtidos, e dificuldades para sua realização. O segundo roteiro, semiestruturado, dirigido aos profissionais psicólogos abrangia temas relacionados à atuação do profissional nas ações de promoção, tais como formas de funcionamento, público participante, apreciação que esse profissional tem sobre essas ações e sua forma de envolvimento nelas, além das dificuldades encontradas em sua realização.

² Esses instrumentos poderão ser obtidos por meio de contato com as pesquisadoras, pelo e-mail institucional: dalbello@intervip.com.br.

Resultados e discussão

Os coordenadores das UBS do município de Vitória citaram 179 ações qualificadas por eles como de promoção à saúde, com 46 diferentes nomeações. Em Serra, foram referidas 151 ações de promoção, com 38 nomes diferentes. Entende-se que esse número de ações pode ter sido superestimado, visto o receio que alguns diretores podem ter tido de serem avaliados pelo desempenho da unidade de saúde sob sua coordenação. Citar ações com diferentes nomenclaturas não significa que sejam ações distintas. É o caso, por exemplo, das ações de planejamento familiar ou grupo de mulheres que podem coincidir ou não, visto que o que os define não é o nome e sim a forma como se processa. Também percebemos que a maioria dos entrevistados listou apenas ações que são dirigidas aos usuários da comunidade e não aquelas dirigidas aos profissionais que trabalham na unidade de saúde, como os grupos com os agentes comunitários que visam discutir o trabalho cotidiano, ao mesmo tempo que buscam encontrar formas mais saudáveis de produzir o cuidado aos moradores dos bairros. De qualquer forma, independentemente da compreensão do entrevistado acerca do tema, optou-se por manter a nomenclatura citada pelos diretores, ainda que muitas delas pareçam semelhantes ou com objetivos próximos.

As ações com maior número de citações, no município de Vitória, foram: HIPERDIA (ação destinada às pessoas com hipertensão arterial e *diabetes mellitus*); ação voltada às gestantes; aos beneficiários do Programa Bolsa Família; aos adolescentes; ações dirigidas à saúde bucal; à saúde da mulher; atividades físicas; ações dirigidas especificamente à saúde das crianças; ao planejamento familiar; e, por fim, as voltadas à saúde mental.

Em Serra, as ações mais citadas foram: Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), HIPERDIA, palestras, puericultura, Sistema de Gestão Federal/Estadual da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Bolsa Família, visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários, ações dirigidas aos adolescentes, serviços dentários e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

Percebe-se que grande parte das ações citadas como de promoção à saúde realizadas nas UBS são programas do Ministério da Saúde (MS) com caráter preventivo e de controle de doenças, arroladas como prioritárias e constantes nas *Diretrizes operacionais: pactos pela vida*, em defesa do SUS e de gestão, aprovadas pela Portaria nº 399, a qual estabelece as responsabilidades e diretrizes entre as três esferas: federal, estadual e municipal; e vincula os recursos financeiros destinados a cada uma dessas prioridades (BRASIL, 2006b). Isso indica uma indiferenciação entre ações de promoção à saúde e as ações classicamente consideradas de prevenção de doenças, e demonstra o poder de indução de programas verticalizados, tal como a política nacional de promoção da saúde do MS, analisada por Peixoto-Pinto (2008).

A descrição detalhada das ações citadas nos permite inferir que são atividades dirigidas à transformação dos comportamentos, com enfoque nos seus estilos de vida, trazendo a ideia de promoção à saúde, entretanto mantendo o foco na doença e apostando na mudança de comportamento individual e na eliminação de hábitos tidos como de risco. Esse ideário se materializa no formato de palestras, proferidas pelos profissionais, nas quais

assinalam a importância de adotar hábitos saudáveis, ressaltando outros que são proibitivos para a manutenção de uma boa saúde. Essas palestras são dirigidas aos usuários agrupados por doenças, tais como os grupos de diabéticos, de hipertensos, entre outros.

As dificuldades citadas com maior frequência pelos coordenadores para a realização dessas ações referem-se à inadequação do espaço físico para essas atividades e a pouca adesão dos usuários. Além disso, mencionam a falta de profissionais para a realização das ações no município de Serra e a pouca disponibilidade para esse tipo de ação por parte dos profissionais de Vitória. Pela dificuldade encontrada pelos coordenadores para responderem às questões referentes aos resultados obtidos, percebemos que, de modo geral, não há uma sistemática de avaliação de seus impactos. Vale ressaltar que existe uma grande discussão sobre a possibilidade efetiva de aferir resultados provenientes das ações de promoção à saúde, “visto que as mais potentes são aquelas que alcançam resultados em longo prazo e que são difíceis de prever, controlar e medir por meios convencionais” (SALAZAR; VÉLEZ, 2004, p. 726). Nesse sentido, os comentários se restringiram ao fato de a ação conseguir ou não atingir o público esperado.

As ações de promoção à saúde que contam com a presença ou são de responsabilidade dos profissionais psicólogos acontecem tanto nas dependências da unidade como fora dela, haja vista a mencionada falta de espaço adequado para tais atividades. Dessa forma, por exemplo, a “Oficina de convivência” é feita no pátio de uma igreja do bairro e o trabalho com os agentes comunitários de saúde (ACS) ocorre no Centro Comunitário, para que os profissionais possam discutir as dificuldades de seu trabalho sem as frequentes interrupções. Já o grupo com crianças e adolescentes acontece no auditório da escola vizinha, pois, segundo um psicólogo entrevistado, a intenção é ir até os espaços onde eles já estão inseridos.

Ainda que a maior parte das ações citadas faça parte das prioridades eleitas pelo MS e conte com apoio financeiro e material específico para sua realização (BRASIL, 2006a), podemos citar outras ações que, de certa forma, buscam romper com essa tradição e apresentam-se numa tentativa de ampliação, tanto do conceito de saúde envolvido como do que se espera do papel de uma unidade de saúde de base territorial. Destacamos, entre elas, a ação chamada de “Feira do Artesanato”, citada em uma unidade do município da Serra, e as atividades: “Pintando e Bordando”, “Oficina de Vivência”, “Horta Fitoterápica” e o “Pense Leve”, no município de Vitória. Essas ações, segundo o que se pode derivar de sua descrição, visam atingir mulheres e homens que procuram as UBS com frequência em busca de medicação psicotrópica, em sua maioria calmantes e antidepressivos, e que expressam uma queixa de dores isoladas e depressão, além de sentirem-se isolados e com poucas atividades físicas, tendo em vista o crescimento dos filhos, o espaço exíguo da casa e a aposentadoria que também diminui a renda. São espaços de troca de experiências, objetivam produzir material que possa ser comercializado e, além disso, oferecer alternativas aos medicamentos utilizados. A existência dessas atividades indica uma abertura e possível efetivação de ações em promoção à saúde no seu entendimento mais amplo, afastando-se da ideia básica de prevenção de doenças. Contudo, essas atividades não ocorrem em todas as unidades pesquisadas e não há consenso sobre sua pertinência como atividade de promoção à saúde.

Práticas de ações de promoção à saúde desenvolvidas por psicólogos das UBS

Este estudo teve como objetivo não apenas identificar as ações de promoção desenvolvidas nos dois municípios, mas também verificar a participação dos profissionais psicólogos nessas ações. O município de Vitória é o único do Estado no qual o psicólogo está inserido em praticamente toda rede básica de saúde. Das 28 UBS, 26 contam com a presença desse profissional. Segundo os diretores entrevistados, 16 dos 26 psicólogos presentes nas unidades participam das ações de promoção. Das 179 ações de promoção realizadas no município, os psicólogos atuam em 45 (25,14%), e, de um total de 46 ações com diferentes nomenclaturas, os psicólogos estão presentes em 34. Isso significa dizer que sua atuação é marcante e diversificada. Atualmente, os psicólogos estão inseridos em grupos dirigidos aos pais e adolescentes, grupos de convivência entre idosos, grupos de reflexão sobre o trabalho com agentes comunitários de saúde, grupos de gestantes, grupos de mulheres e grupos dirigidos a pessoas com transtorno mental grave. A participação de mais da metade dos profissionais em ações coletivas de promoção à saúde chama a atenção pela mudança que isso representa em relação a pesquisas anteriores que apontavam que a prática desses profissionais estava restrita à clínica tradicional com caráter curativo e individual (BASSANI, 1995; ANDRADE, 2007). O fato de dez profissionais não terem sido mencionados como participando de alguma ação coletiva com caráter de promoção à saúde foi justificado pelos diretores. Três entrevistados explicaram que isso se deve ao fato de esses profissionais terem sido recentemente contratados e ainda não terem tido tempo de conhecer a realidade local e preparar ações coletivas. Os demais alegaram que os profissionais psicólogos das unidades que eles coordenam não possuem perfil para atuar com grupos e, portanto, optaram por realizar atendimentos individuais de caráter psicoterapêutico.

Além da constatação da presença dos psicólogos nas ações de promoção, procuramos verificar a forma de engajamento com os próprios profissionais e entrevistamos oito dos 16 psicólogos que foram mencionados como participantes das ações de promoção nas UBS do município. Pudemos constatar certa discrepância de informações; ações que foram informadas não mais ocorriam e outras haviam sido criadas, o que aponta a dinamicidade desse cotidiano e a necessidade de acompanhamento sistemático para aprofundamento dos estudos. Vale ressaltar que as entrevistas com os diretores e psicólogos foram realizadas em momentos distintos, com alguns meses de diferença, o que também pode ter influenciado nessa divergência de informações.

As entrevistas também revelaram que a maioria dos psicólogos estabelece parcerias com outros profissionais para realizar ações de promoção à saúde. Em apenas dois casos, atuam sozinhos, sendo, portanto, os responsáveis por elas. Geralmente, estabelecem parcerias com os assistentes sociais ou com a equipe multiprofissional, incluindo enfermeiras e agentes comunitários. Consideram essas parcerias positivas para o desenvolvimento do trabalho, pois favorecem trocas de saberes e os desvinculam do lugar do especialista, do clínico tradicional, que, segundo um dos entrevistados, "não é o papel esperado do psicólogo na atenção primária". Os profissionais demonstraram compreender a importância e a legitimidade desse tipo de atividade em uma unidade de saúde, porém afirmaram

que a demanda para o serviço de Psicologia nas UBS é muito grande, o que dificulta sua participação em outras ações promovidas pelas unidades. É preciso destacar, no entanto, que essa grande demanda foi construída ao longo dos anos em que os profissionais se dispuseram a oferecer prioritariamente serviços psicoterápicos individualizados, construindo uma ideia de que seu lugar naquele espaço se legitimava por meio dessa ação. Além disso, o estresse, a violência das capitais, o grande número de crianças que não se adaptam ao padrão escolar esperado e o entendimento de que tais questões são resolvidas pela atuação da Psicologia em seu formato de atendimento clínico individual contribuem para que esta procura se manifeste com a intensidade referida (COIMBRA, 1995; CAMARGO JR., 2005).

A maior parte das ações mencionadas tem o formato de grupo de discussão e/ou oficina. Os grupos de discussão são vistos pelos psicólogos que os realizam como espaços em que os participantes podem trocar experiências, discutir sobre vários assuntos, mesmo que estes não estejam diretamente ligados às doenças. As oficinas também funcionam em grupos e proporcionam a produção de algo: uma horta, artigos artesanais ou um aprendizado específico.

Todos os psicólogos entrevistados avaliaram as ações que realizam como positivas, uma vez que acreditam que a inserção em atividades tidas como saudáveis provocam mudanças na vida dos participantes. Segundo os entrevistados, esse tipo de atividade permite que as pessoas possam repensar as suas vidas, trocar experiências e buscar saídas coletivas para promover a melhoria de sua qualidade de vida. Mencionaram que os participantes expressam um sentimento de apropriação dos grupos ou oficinas, ou seja, eles veem esses espaços como algo que edificam, num processo contínuo de construção de autonomia. Além disso, qualificam essas ações como promoção à saúde, pois entendem que elas não estão centradas na doença, mas sim na saúde. Embora alguns grupos tenham participantes portadores de doenças específicas, este não é o foco das ações e sim “a ampliação das possibilidades de vida desses usuários, permitindo que eles próprios criem novas formas de estar na vida”. Os entrevistados também ressaltam a importância desses espaços não só para os participantes, mas para a comunidade de forma geral e também para os profissionais da UBS, que podem experimentar uma outra forma de produzir saúde. Referem que essas atividades se constituem como um dos poucos espaços que não tem um caráter normativo, pois buscam, junto aos recursos próprios da comunidade, alternativas de produção de saúde real. Dessa forma, seu ideário parece coadunar-se com a perspectiva de promoção à saúde que objetiva a produção de coeficientes crescentes de autonomia e que, com base em um conceito ampliado de saúde, busca com suas ações procurar saídas coletivas para as condições de vida e oferecer opções de escolha dentro da realidade dos sujeitos participantes (BUSS, 2000; CAPONI, 2003; CARVALHO, 2004; CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Segundo os entrevistados, a forma de atuação nessas ações se dá desde sua organização e planejamento. Além disso, promovem o acolhimento aos participantes, procuram estabelecer um espaço de conversa e por vezes assinalam algumas questões presentes, e, quando necessário, tomam o direcionamento da discussão, facilitando o desenvolvimento do grupo. Os entrevistados afirmam que em alguns casos é necessária uma escuta indi-

vidualizada de um ou outro usuário. Afirmam também que participam do planejamento coletivo das ações, buscando levar formas mais dinâmicas de funcionamento aos grupos, problematizando, junto aos demais colegas da equipe, o funcionamento, muitas vezes estereotipado na forma de abordagem e apontando outras possibilidades para as tradicionais palestras.

Os profissionais mencionam dificuldades estruturais para a realização das atividades, tais como espaço físico insuficiente e falta de materiais para realização das oficinas. Isso os leva a buscar espaços alternativos e muitas vezes a custear os materiais com recursos próprios e dos participantes. Consideram que a atuação da Psicologia em promoção à saúde é relativamente recente e, por isso, às vezes encontram dificuldades de entendimento e valorização dessas atividades por parte dos demais profissionais da unidade. Referem também que são muito solicitados por uma grande demanda para o atendimento dos casos de transtorno mental grave, considerados pelos demais profissionais da unidade como “casos para psicólogos”. Também mencionam que os usuários, muitas vezes, procuram soluções rápidas, acostumados que foram a essas práticas. Alguns psicólogos, especialmente os contratados pelo concurso público de 2007, acrescentam que ainda precisam de mais tempo para conhecer de fato as demandas da comunidade e criar novas formas de abordá-las.

Outro problema relatado por alguns psicólogos refere-se à dificuldade de trabalhar em ações coletivas. Essa dificuldade se refere não só ao formato da ação e à sua atuação, mas também às dificuldades na adesão dos usuários às ações promovidas, já que muitas vezes procuram pela consulta individual, repetindo o modelo biomédico. Alguns entrevistados também relataram a falta de preparo de sua parte para esse tipo de atividade. Contudo, essas dificuldades não os impediu de buscar formas de se trabalhar nas UBS com promoção à saúde. Apenas uma das psicólogas relatou ter tido uma formação específica para o trabalho em UBS, o que, segundo ela, facilita a realização de um trabalho diferenciado. Embora todos os entrevistados tenham afirmado a importância do trabalho coletivo na perspectiva da promoção à saúde, eles continuam realizando atendimentos individuais, até porque algumas demandas em determinadas situações requerem uma escuta individual. Porém, esses atendimentos são pontuais e específicos. Assim, podemos afirmar que os dados mostram que a atuação do psicólogo na atenção primária no município de Vitória não está mais totalmente voltada para o atendimento clínico individual, como foi verificado nas pesquisas realizadas anteriormente (BASSANI, 1995; ANDRADE, 2007).

Entendemos que a mudança na forma de atuação visando a um maior compromisso social e uma melhor contextualização do trabalho do psicólogo se converte em uma luta diária e constante na construção e desconstrução desse lugar na atenção primária, e ressaltamos que esses profissionais têm se mostrado comprometidos e dispostos a travar essa luta. É importante destacar também que, embora a formação ainda esteja voltada para os modelos clínicos tradicionais e psicoterapias, o que acaba dificultando a atuação desses profissionais na saúde pública, em especial nas UBS, não representa uma barreira para o trabalho nessa área. Esse fato mostra que esses profissionais estão mais envolvidos com o papel por eles desempenhado nas UBS e estão caminhando para a construção de um espaço cada vez mais aprimorado de inserção na saúde pública.

Os avanços são claros e devem ser levados em conta, embora ainda haja obstáculos que precisam ser transpostos. Esses entraves se referem não apenas à formação para o trabalho em políticas públicas, em especial do SUS, mas também às dificuldades de se construir parcerias com outros profissionais das UBS. Para que as mudanças ocorram, é preciso, antes de tudo, desconstruir os modelos tradicionais e os pressupostos teóricos que lhes dão suporte, impregnados pela visão naturalista e privada do homem, e começar a construir modelos mais voltados para a atenção à saúde, para a promoção do bem-estar social e que estejam mais de acordo com as necessidades da saúde da população (DIMENSTEIN, 1998, 1999).

Enfim, observa-se que, apesar das dificuldades ainda encontradas quanto à formação e atuação dos profissionais psicólogos na saúde pública, em especial das UBS, essas não impedem a ousadia de práticas coletivas, inventivas e inovadoras. O quadro geral da atuação desse profissional no município de Vitória está alterado, parecem mais cômicos da importância de sua atuação no SUS.

Conclusão

Os resultados obtidos demonstram uma indefinição do caráter conceitual entre as ações de caráter curativo e preventivo e que foram chamadas indiscriminadamente de ações de promoção à saúde. Além disso, a maioria das ações citadas caracteriza-se por serem “[...] atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, que se concentram em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças” (BUSS, 2000).

Cabe ressaltar que tanto as ações de promoção à saúde como as ações de prevenção de doenças têm papel fundamental nas ações de saúde. Não se trata de hierarquizar ou excluí-las, no entanto é preciso clareza da diferença entre elas para que se possa avançar em sua construção, e, certamente, o exercício da reflexão é o primeiro passo para mudanças das práticas em saúde (CZERESNIA, 2003).

Os resultados apresentados condizem com a literatura trazida pelos autores de que há um grande desafio na efetivação das ações de promoção à saúde com caráter coletivo e abrangente (CARVALHO, 2004; CZERESNIA, 2003; BUSS, 2000). Vale ainda salientar o “limite setorial” dessas demandas, justamente porque dizem respeito a carências das condições básicas de vida, não se restringem ao setor saúde. Mediante esse fato, pode-se apontar a necessidade de “trabalhos intersetoriais” e da “mobilização da população”.

A compreensão dessa realidade por parte dos entrevistados indicou um passo para sua problematização, fato que pode se desdobrar na busca de caminhos alternativos para ações mais amplas de promoção à saúde. No entanto, para uma avaliação mais aprofundada da realidade, faz-se necessário verificar, na prática, como essas ações vêm ocorrendo e qual o impacto que elas têm obtido junto à comunidade.

Quanto à atuação dos psicólogos nas ações de promoção à saúde, os dados demonstram que os profissionais têm atuado em práticas coletivas e promotoras de saúde, apontando para uma mudança na prática desse profissional que anteriormente se restringia à clínica psicológica tradicional voltada para o atendimento individual (BASSANI; 1995; ANDRADE, 2007). No entanto, pelo conjunto das dificuldades apontadas, as que dizem

respeito à falta de apoio institucional nos mostram que essa forma de trabalho ainda é tratada como “diferente do esperado”. Além disso, boa parte dos profissionais tem menos de dois anos de atuação e não nos foi possível ter acesso a todos eles. Dessa forma, cumpre acompanhar esse processo de mudança verificando sua pertinência como atividade reconhecida como prioritária na atenção primária do SUS.

Alguns obstáculos, entretanto, persistem e nos parecem estruturais. São os que dizem respeito à formação e às dificuldades do trabalho interdisciplinar. E, como nos diz Andrade (2007, p. 38), esses obstáculos refletem a própria história da Psicologia e a sua inserção na saúde pública, marcada por práticas naturalizadas, normativas, com “valores acadêmicos disciplinares, externos e morais”.

Resta acrescentar que esses profissionais têm se mostrado comprometidos com a transformação das práticas e com o papel que desempenham nas UBS. Não se colocando exclusivamente no lugar do saber especialista, ao contrário, lutam diariamente para desconstruir esse lugar, colocando-se como um facilitador nas atividades em que participam. Buscam também, nesse sentido, firmar parcerias com outros profissionais. Porém, esse é um caminho longo a ser percorrido, principalmente no que diz respeito aos pacientes com transtornos mentais, vistos, pelos demais profissionais, como responsabilidade privativa dos psicólogos. É possível que o paralelismo entre os campos da saúde mental e das lutas em torno da reforma sanitária, ocorrido na história recente de nosso País, como assinala Vasconcelos (1999), tenha criado alguns “guetos de competências”, o que dificulta pensar as responsabilidades dos profissionais para com todos os membros da comunidade adscrita, independentemente do problema ou da demanda por ele apresentado. No entanto, somente os esforços do trabalho em equipe e a busca pela integralidade do cuidado em todos os seus sentidos podem assegurar que essas demarcações sejam esmaecidas (MATTOS, 2005).

É nesse cenário que se encontra um grande desafio para a Psicologia: construir, a partir de sua história e complexidade de teorias e ideologias, saberes e práticas alinhados aos valores e ideais do SUS, entendendo que cabe a todos os profissionais de saúde construir o sistema de saúde do nosso País (SPINK; MATTA, 2007). Este estudo se mostrou importante na medida em que apontou para uma mudança na atuação dos psicólogos na rede básica de Vitória em relação a estudos anteriores, contudo outras pesquisas e estudos mais minuciosos sobre essa atuação se fazem necessários.

Referências

ANDRADE, A. N. Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2007.

ANDRADE, A. N.; DALBELLO-ARAUJO, M. Paradoxos das políticas públicas: programa de saúde da família. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Org.). **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 73-88.

BASSANI, E. **A atuação do psicólogo clínico no Serviço de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Vitória (ES)**. 1995. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1995.

BERNARDES, J. Formação generalista em Psicologia e Sistema Único de Saúde. In: FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: CONTRIBUIÇÕES TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA AVANÇAR O SUS, 1., 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Secretaria executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município, garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf>. Acesso em: jan. 2008.

_____. Secretaria executiva. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro. Imsuerj, 2005.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26-32, maio/ago. 2005.

CAMPOS. G. W. S.; BARROS, R. B. B; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde: perspectivas na avaliação em promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **Historia, Ciências e Saúde**, v. VI, n. 2, p. 287-306, jul./oct. 1997.

_____. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-76.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 22, n. 1, p. 2-9, 2002.

CARVALHO, D. B.; YAMAMOTO, O. H. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. **Psicologia para a América Latina – Revista da Union Latinoamericana de Psicologia**, 1999.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

COIMBRA, C. M. B. **Guardiães da ordem – uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-51.

DALBELLO-ARAÚJO, M. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social.** 2005. 221 f. Tese (Doutorado em Psicologia)– Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

_____. (Des)Caminhos da formação profissional do Psicólogo no Brasil para sua atuação no campo da saúde pública. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v. 11, n. 1, p. 17-25, 1999.

_____. 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.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community.** New York: McGraw-Hill, 1965.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set./dez. 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Imsuerj, 2005.

OLIVEIRA, D. C. et al. Atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 26-46, dez. 2007.

PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. A descentralização como eixo norteador na organização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/165/body/03.htm>>. Acesso em: 1º maio 2008.

PEIXOTO-PINTO, E. E. **Promoção da saúde: uma política pode alterar um paradigma?** 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

PREFEITURA DA SERRA. Secretaria Municipal de Saúde do Espírito Santo. **Plano municipal de saúde da Serra – ES.** Serra: Prefeitura da Serra, 2006.

PREFEITURA DE VITÓRIA: Secretaria de Saúde. **Prestação de contas 4º Trimestre e consolidado 2007.** Vitória: Prefeitura de Vitória, 2008. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/AudienciaPublica2007-2_tri.ppt>. Acesso em: 1º maio 2008.

RUTSATZ, S. N. B.; CAMARA, S. G. O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. **Aletheia**, n. 23, p. 55-64, jun. 2006.

SALAZAR, L.; VÉLEZ, J. A. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

SIGERIST, H. The Social Sciences in the Medical School. **The university at the crossroad.** New York: Henry Schumann, 1946.

SILVA, R. C. A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In: CAMPOS, F. C. B. **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 25-40.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A prática profissional PSI na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 25-51.

VASCONCELOS, E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. In: JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR F.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **Clio-Psiché – História da Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro, Uerj, 1999.

WINSLOW, C.E.A. The untilled fields of public health. **Science**, n. 51, 1920.

Contato

Maristela Dalbello Araujo
Departamento de Psicologia
Avenida Fernando Ferrari, 514
Goiabeiras – Vitória – ES
CEP 29075-910
e-mail: dalbello@intervip.com.br

Tramitação

Recebido em outubro de 2008

Aceito em março de 2009