

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JULIO DE MESQUITA FILHO”
CAMPUS DE MARÍLIA
Faculdade de Filosofia e Ciências

Ana Cláudia Tolentino Pires

PSICOLOGIA E REDE BÁSICA DE SAÚDE: TENDÊNCIAS
CURRICULARES E CARACTERÍSTICAS DE ATUAÇÃO
PROFISSIONAL

MARÍLIA

2006

ANA CLÁUDIA TOLENTINO PIRES

PSICOLOGIA E REDE BÁSICA DE SAÚDE: TENDÊNCIAS
CURRICULARES E CARACTERÍSTICAS DE ATUAÇÃO
PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, “Julio de Mesquita Filho” – UNESP – Campus de Marília, para obtenção do título de Mestre em Educação. Área de Concentração: Ensino na Educação Brasileira.

Orientadora: Dra. Tânia Moron Saes Braga

Marília – SP

2006

P667p Pires, Ana Cláudia Tolentino
Psicologia e rede básica de saúde: tendências
curriculares e características de atuação profissional / Ana
Cláudia Tolentino Pires. – Marília, 2006.
105 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de
Filosofia e Ciências -- Universidade Estadual Paulista, 2006.
Orientadora: Profa. Dra. Tânia Moron Saes Braga
Bibliografia: f. 99-105

1. Psicologia da saúde. 2. Formação do psicólogo.
3. Saúde pública. 4. Educação Superior. I. Autor. II. Título.

CDD 150

ANA CLÁUDIA TOLENTINO PIRES

PSICOLOGIA E REDE BÁSICA DE SAÚDE: TENDÊNCIAS CURRICULARES E
CARACTERÍSTICAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação para obtenção do título de mestre em Educação

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tânia Moron Saes Braga
Universidade Estadual Paulista – UNESP

Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Profa. Dra. Sandra Regina Gimenez-Paschoal
Universidade Estadual Paulista – UNESP

Marília, 02 de Março de 2006.

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, pela vida e por ter-me confiado esta missão.

Aos meus pais, Petronilho e Edméa, por serem meus modelos em respeito, dignidade, seriedade e, principalmente, por terem me ensinado a perseverar.

Ao Murilo e Lucas, meus filhos e companheiros, pela compreensão em tantos momentos, quando este trabalho lhes roubou o seu tempo e, em especial, por tudo que me ensinam diariamente.

Ao Marco, meu esposo e eterno companheiro, exemplo de responsabilidade e amor, pelo apoio e compreensão.

Ao José, Márcia, Pedro, Luis (in memoriam), Tania, Elaine e Junior, meus irmãos e amigos, por compartilharem comigo o meu crescimento, pelo apoio e reconhecimento.

Aos meus cunhados e cunhadas Sônia, Reinaldo, Adeliria, Dalva, Aristeu, Diva, Marcelo, Rose, Rogério, Adriano e Cristina, por fazerem parte da minha vida e por tantos momentos saudáveis que vivenciamos.

Ao meu querido sogro Antonio, exemplo de confiança e compreensão.

A minha sogra Neusa, pela atenção e compreensão de alguns momentos.

Aos meus sobrinhos, que dividem comigo os seus e os meus momentos de criança, pelo incentivo e empatia que transmitem: José Alberto, Vanessa, Renan, Leonardo, Vitor, Hugo, Eduardo, Marcelo, Nayara, Rafael, Luis Fernando e João Henrique.

Em especial, a meus afilhados Carla e Bruno, por terem despertado primeiramente meus dons maternos, pelo carinho e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Em especial, à Dra. Tania Moron Saes Braga, pela confiança depositada em mim e pela competência profissional com que orientou este trabalho, acompanhando de perto todas as suas fases, pelos momentos de correção e dedicação que empreendeu para a sua realização.

À Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, primeiramente pelas suas contribuições da literatura, pela qual despertou em mim o interesse para a realização deste estudo e, em segundo lugar, pelas suas contribuições técnicas e o seu olhar voltado para a ciência, que cooperaram para a execução deste trabalho.

À Dra. Sandra Regina Gimenez-Paschoal, que acreditou desde o início na possibilidade e relevância deste estudo e, com o seu olhar minucioso, colaborou para a sua melhor apresentação.

À Secretária Municipal de Higiene de Saúde, pela abertura que sempre me deu, para desenvolvimento de projetos na área da saúde e, principalmente, por ter permitido esse local como cenário do estudo.

À Marcia Bueno Zonta Asperti pelo apoio na elaboração deste projeto e por compartilhar comigo da mesma idéia – a necessidade de educação continuada para os profissionais que são funcionários públicos.

Às psicólogas da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, pelas discussões que geram crescimento em nossa área e, principalmente, por terem aceitado o convite para serem participantes deste estudo, acreditando no desenvolvimento de nossa categoria.

À equipe do CAPS, Sônia, Ester, Cleber, Elenice, Regina, Nelson, Caroline, Miriam, Zeila, Francine, Renata, Renato, Flávia e Bruno, por terem entendido a minha ausência, em alguns momentos, para a realização desta missão.

À Cristina Capell, pelo exemplo profissional, pelo incentivo inicial para que este estudo se realizasse.

À equipe do PROIID, por ter-me proporcionado uma extensão de minhas ações, favorecendo o conhecimento da saúde pública e, principalmente, pela oportunidade de trabalhar em equipe.

Às Instituições Formadoras do Estado de São Paulo, que disponibilizaram documentos para este estudo.

Ao José Alberto, Leonardo, Junior e Hugo, que utilizaram seus conhecimentos técnicos para a melhor apresentação deste trabalho.

À Edinalva, companheira de várias disciplinas, nas quais dividimos momentos de angústia, mas também momentos de crescimento.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1

Percentual de psicólogos que afirmam que as atividades oferecidas atendem às necessidades da população51

Gráfico 2

Dificuldades relatadas na realização das atividades59

Gráfico 3

Relatos de aspectos favoráveis à prática63

Gráfico 4

Atributos necessários para a prática na saúde pública68

Gráfico 5

Conhecimentos necessários para a prática na saúde pública.....72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Categoria e frequência de atividades individuais com finalidades terapêuticas relatados pelas psicólogas40

Quadro 2

Categoria e frequência de atividades individuais com finalidades orientativas relatados pelas psicólogas41

Quadro 3

Categoria e frequência de atividades realizadas em grupo relatados pelas psicólogas44

Quadro 4

Descrição dos programas realizados por profissionais da equipe das unidades de saúde e da atuação dos psicólogos46

Quadro 5

Distribuição e porcentagem das atividades mais solicitadas pela população relatadas pelas psicólogas49

Quadro 6

Descrição e porcentagem das atividades enquadradas pelas participantes, nas modalidades de atendimento – recuperação-prevenção-promoção.....56

Quadro 7

Distribuição e frequência das dificuldades relatadas pelas psicólogas60

Quadro 8

Categoria e frequência dos fatores considerados como favoráveis à prática relatados pelas psicólogas64

Quadro 9

Categoria e frequência dos atributos indicados pelas participantes como necessários para realização da prática69

Quadro 10

Distribuição e frequência dos conhecimentos indicados pelas participantes como necessários para realização da prática74

Quadro 11

Distribuição das disciplinas cursadas na graduação que colaboraram para a atuação em saúde relatado pelas psicólogas.....77

Quadro 12

Distribuição das disciplinas sugeridas para a graduação em Psicologia relatadas pelas psicólogas.....80

Quadro 13

Distribuição e frequência de disciplinas regulares oferecidas pelas instituições formadoras que contemplam em sua nomenclatura a palavra saúde83

Quadro 14

Distribuição e frequência de disciplinas optativas oferecidas pelas instituições formadoras que contemplam em sua nomenclatura a palavra saúde87

Quadro 15

Distribuição e frequência de estágios oferecidos pelas instituições formadoras que contemplam em sua nomenclatura a palavra saúde87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1

Distribuição das Unidades de Saúde 31

Tabela 2

Caracterização dos Psicólogos 32

Tabela 3

Caracterização das Instituições Formadoras 32

RESUMO

A inserção do psicólogo na área da saúde é recente no Brasil, sendo esta também uma realidade mundial. Em decorrência de sua curta história, inúmeros desafios apresentam-se nessa área: a indefinição do papel; a importação de programas de intervenção; a falta de formação específica; o envolvimento com pesquisa e a aplicação do conhecimento produzido, entre outros. O presente estudo baseia-se nos referenciais da Psicologia da Saúde e tem como objetivo investigar as atividades dos psicólogos que atuam na rede de atenção básica à saúde, e analisar os componentes da formação em Psicologia e sua articulação com o que preconiza a saúde pública, buscando contribuir para a formação profissional. Participaram desta pesquisa 14 psicólogos da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e 38 instituições formadoras do Estado de São Paulo. O procedimento constou de entrevistas com os participantes e análise de documentos, especificamente as diretrizes curriculares nacionais que regem os cursos de Psicologia e as matrizes curriculares das instituições formadoras de Psicologia do Estado. Os resultados indicam que, para 86% dos participantes, as atividades individuais são as mais solicitadas pela população e também as mais desenvolvidas pelos profissionais. Verificou-se que 57% dos profissionais acreditam que as atividades oferecidas pelo serviço de Psicologia atendem às necessidades da população. Constatou-se dificuldade dos participantes em classificar suas atividades nas modalidades de saúde – recuperação, prevenção e promoção, ou seja, 36% acreditam que todas as atividades realizadas atingem as três modalidades; 36% vêem as atividades em grupo como ações preventivas, 36% consideram que as atividades em grupo são ações de promoção à saúde, e 64% afirmam que a psicoterapia individual contempla a recuperação. A dificuldade mais citada para a realização da prática foi o número insuficiente de profissionais psicólogos. Dentre os fatores que favorecem a prática, foram enfatizados recursos individuais, como a busca por leituras, supervisões, cursos e estudos para atuação nesse campo; os atributos apontados como importantes foram de natureza pessoal, definidos como: gostar do que faz, estar aberto a mudanças e empatia. Quanto aos conhecimentos considerados necessários, os participantes citaram o suporte técnico, teórico e prático. Quanto à formação, 100% dos entrevistados não tiveram na graduação qualquer disciplina que abordasse conteúdos para a atuação na saúde pública, e todos sugeriram a inclusão de disciplinas teóricas e práticas. Na análise das matrizes curriculares, verificou-se que 66% das instituições formadoras contemplam, em suas matrizes, disciplinas regulares cuja nomenclatura contém a palavra *saúde*, enquanto 32% não oferecem nenhuma disciplina. Nas diretrizes curriculares, constatou-se uma tendência favorável à formação com bases para o exercício da profissão na saúde, uma vez que é indicado o desenvolvimento de conteúdos que abordem o conceito ampliado de saúde. Os resultados evidenciam necessidade de formação específica, que abranja os conteúdos para aquisição de habilidades, atitudes e valores para prática efetiva, além do desenvolvimento de programa de educação permanente em saúde, para reorganização do modelo profissional prevalecente na atualidade. A instituição de educação superior e a prestadora de serviço de saúde devem manter uma comunicação congruente, visando à formação de recursos humanos.

PALAVRAS CHAVE: Psicologia da Saúde, formação do psicólogo, saúde pública, educação superior.

ABSTRACT

The insertion of the psychologist in the health area is recent in Brazil, and this is also a world-wide reality. Due to its short history, this area faces various challenges such as: role identification, importation of intervention programs; lack of specific education; research involvement and the application of the knowledge produced, among others. The present study is based on the principles of Health Psychology, and aims to investigate the activities of the psychologists working in the basic health assistance network, as well as to analyze the components of Psychology education and its articulation as stated by public health, in order to make a contribution to these professionals' education. Fourteen psychologists from the City Department of Hygiene and Health of Marilia and 38 educational Psychology institutions in the State of Sao Paulo participated in this research. The procedure consisted of interviews with the participants and analysis of documents, specifically the national curricular guidelines established for Psychology courses and the curricular matrices of the educational Psychology institutions in the State. The results showed that 86% of the participants consider that individual activities are both the most requested by the population and the most undertaken by the professionals. It was observed that 57% of the professionals believe that the activities offered by the Psychology service meet the needs of the population. The participants showed difficulty in classifying their activities into health modalities such as recovery, prevention and promotion; in other words, 36% believe that all their activities involve the three modalities; 36% regard group activities as preventive actions, 36% consider that group activities promote health, and 64% affirm that individual psychotherapy leads to recovery. The most cited difficulty in practice accomplishment was the insufficient number of professional psychologists. Reading search, supervision, courses and studies aiming to improve performance in this area were the most emphasized individual resources that favor practice; from the personal point of view, the most important attributes referred to were 'to like what one does', 'to be open to changes' and empathy. In relation to the knowledge considered necessary, the participants indicated technical, practical and theoretical support. As to their education, 100% of the participants had not had any discipline on performance in the public health, and all of them suggested the inclusion of theoretical and practical disciplines. The analysis of the curricular matrices showed that 66% of the educational institutions offer regular disciplines having the word *health* in their nomenclature, whereas 32% offer none. In the analysis of curricular guidelines, it was observed a favorable tendency to an education geared towards professional health practice, since the development of contents involving a wide concept of health was indicated. The results point out need for specific education encompassing contents for skills acquisition, attitudes and values for an effective practice, as well as the development of a permanent health education program to allow a reorganization of the professional profile prevailing in the present time. High education institutions and the health service provider must maintain a converging communication aiming to the education of human resources.

KEY WORDS: Health Psychology, psychologist education, public health, higher education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Psicologia da saúde	03
1.2 Inserção do psicólogo em instituições de saúde	08
1.3 O Sistema de Saúde no Brasil	12
1.4 Formação do psicólogo para a atuação em saúde.....	16
1.5 O ensino superior no Brasil: um enfoque para a formação de profissionais da área da saúde	25
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 MÉTODO	30
3.1 Aspectos éticos	30
3.2 Local	30
3.3 Participantes.....	31
3.4 Materiais e instrumentos	32
3.5 Procedimentos	33
3.5.1 Preliminares	33
3.5.2 Elaboração do roteiro de entrevista.....	33
3.5.3 Estudo-piloto para adequação do instrumento da pesquisa.....	34
3.5.4 Elaboração do quadro de análise das entrevistas.....	34
3.5.5 Coleta de dados	34
3.5.6 Análise de dados.....	36
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	38
4.1 Relatos dos psicólogos que atuam nas unidades de saúde.....	38

4.1.1 Atividades efetuadas pelos psicólogos.....	38
4.1.2 Atividades individuais	39
4.1.3 Atividades em grupo.....	43
4.1.4 Atividades nos programas das unidades de saúde	45
4.1.5 Atividades mais solicitadas pela população	48
4.1.6 Atividades oferecidas X atendimento das necessidades da população	51
4.1.7 Relato das atividades quanto à recuperação- prevenção- promoção	56
4.1.8 Relato de dificuldades na realização das atividades	58
4.1.9 Fatores considerados como favoráveis à prática	63
4.1.10 Atributos e conhecimentos necessários para à prática na saúde pública	67
4.1.10.1 Atributos necessários	67
4.1.10.2 Conhecimentos necessários	72
4.1.11 Considerações sobre a formação do psicólogo.....	76
4.1.11.1 Presença da disciplina na graduação.....	76
4.1.11.2 Sugestões para a graduação	79
4.2 Análise de documentos	81
4.2.1 Análise das matrizes curriculares.....	81
4.2.2 Análise das diretrizes curriculares nacionais.....	89
5 CONCLUSÕES	95
REFÊRENCIAS.....	99
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

Como psicóloga ingressante no serviço público, vinculada à Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, iniciei o meu trabalho nesse setor em unidade básica de saúde e no programa de internação domiciliar. Na realização das atividades e no entendimento da proposta de atenção primária à saúde, passei a me preocupar com o atendimento oferecido pelos psicólogos da rede, perante a articulação com os programas desenvolvidos na unidade, as queixas que a clientela apresentava, sendo muitas delas de maior relevância social, como as reclamações sobre a falta de adequação frente à prevenção de doenças. Essa preocupação foi desencadeada pela ausência de teorias e técnicas, durante a graduação. Nessa busca quase solitária para a definição do meu papel, diante das instituições nas quais desenvolvia meu trabalho, deparei-me com estudiosos que apontavam a defasagem de referenciais, a inadequação de práticas e importações de modelos, que poderiam gerar problemas, que eram os mesmos percebidos durante o desenvolvimento de atividades. Em função disso, ocorreu o interesse por este estudo.

A formação de psicólogos tem mantido a tradição de enfatizar as três grandes áreas de atuação em Psicologia: clínica, escolar e organizacional. Com a expansão da profissão, constata-se a inserção do psicólogo em outros contextos anteriormente não explorados, entre os quais o da saúde. Por ser este um campo novo de atuação, observamos a falta de referencial teórico para questões específicas da área, problema que talvez ocorra pela escassez de pesquisas e desenvolvimento de projetos específicos, no setor, bem como pela inserção recente desse profissional, compondo tal mercado.

Essa defasagem de referencial teórico e de formação específica do profissional desencadeia algumas preocupações, que têm sido apontadas por estudiosos. Entre elas, podemos citar a transposição de práticas e técnicas, o modelo de atuação restrito à clínica, a expectativa de atender a uma clientela que participe da mesma cultura do profissional, passando a desenvolver atividades que não se coadunam com as propostas e regulamentações do setor de saúde.

Mesmo com a atuação muitas vezes distante da necessidade, a saúde foi a área que mais contratou psicólogos, nos últimos 15 anos, segundo Sebastiani (2000). Portanto, não está em questão a importância desse profissional, nesse setor, mas sim a forma como este atua. Assim, averiguamos que a preocupação tanto com a formação do psicólogo, para atuação na saúde, quanto com os profissionais já atuantes, é totalmente relevante, indo ao encontro das conclusões de autores que já discutiram essa problemática, como Dimenstein (1998), Miyazaki (2002), Kerbauy (2002), Yamamoto (1998), entre outros, que deixaram sua contribuição nessa construção.

A regulamentação das diretrizes curriculares nacionais que regem os cursos de formação em Psicologia prevê as condições para que o acadêmico tenha conhecimento dessa área, pois as mesmas determinam conteúdos de base para isto; porém, as instituições formadoras necessitam de tempo para seguir as novas regulamentações e, enquanto isso, os profissionais continuam sendo graduados sem os requisitos mínimos para a atuação nessa área.

Dessa forma, nós nos propomos analisar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos, visando a conhecê-las com mais detalhes e a descobrir caminhos para uma formação mais adequada, que capacite esse profissional quanto às competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho na saúde.

1.1 Psicologia da saúde

A Psicologia voltada para a atuação na saúde teve sua inserção desde o início do século passado, atrelada à Psiquiatria tradicional, ou seja, vinculada basicamente à saúde mental, sendo recente a sua inclusão junto a outras especialidades médicas e no desenvolvimento de ações que não favoreçam apenas os fatores mentais, mas que tenham um enfoque integral do indivíduo perante o que é sugerido na Psicologia da Saúde.

Ao se tentar conceituá-la, encontram-se definições consideradas simples de serem lembradas, como “Psicologia da Saúde é um campo interdisciplinar preocupado com a aplicação dos conhecimentos e técnicas psicológicas à saúde-doença e os cuidados de saúde” (MARKS et al., 2000). Informações adicionais complementam essa definição, colocando como objetivos a promoção e a manutenção do bem-estar de indivíduos, comunidade e população. O foco é normalmente físico, mais do que relacionado à saúde mental, embora esses aspectos não possam ser entendidos separadamente.

A preocupação dos psicólogos que atuam na saúde é compreender a relação entre o comportamento e a saúde e como intervir nessa interface indivíduo, sistema de saúde e sociedade. Uma definição mais ampla, bastante citada e aceita por muitos autores, é a de Matarazzo (1980, p.815, apud Kerbauy, 2002, p.15)

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.

Tal definição foi adotada pela American Psychology Association (APA), pela British Psychology Society (BPS) e por profissionais e organizações científicas.

No Brasil, Kerbauy (1987), preocupada com a relação comportamento e saúde, descreveu a origem da Psicologia da Saúde, em 1970, que nasceu com um grupo na American Psychology Association (APA) e tornou-se uma divisão da mesma, em 1979. Chamou a atenção para as nomenclaturas utilizadas e citou como exemplos alguns nomes empregados: a medicina psicossomática, a Psicologia médica, a medicina comportamental, entre outras, alertando para que esse não seja mais um adjetivo para a Psicologia, já que não se trata de uma profissão e sim de uma área de conhecimento e pesquisa da Psicologia.

Outros autores descrevem-na como 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. Focaliza 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 (TAYLOR, 1999).

O campo da Psicologia da Saúde é amplo e as definições incluem a análise e o aumento do sistema atenção e de políticas da saúde. Dessa maneira, é explícita a sua relevância para quaisquer atividades, processos ou políticas, dado o seu potencial para o bem-estar individual ou da comunidade.

Assim, a Psicologia da Saúde desenvolveu-se rapidamente. 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 causada 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 considerados pelos autores, também notamos a valorização do contexto social como determinante da saúde, sendo a sua avaliação fundamental para qualquer ação a ser desenvolvida em prol da saúde.

Catharino (1999) ressalta que as ações em Psicologia precedem a teoria, 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 eles, Gioia-Martins e Rocha Junior (2001, p.37) vêem a Psicologia da Saúde como um novo campo, afirmando que

a Psicologia da saúde, construindo um novo saber, irá apresentar uma nova perspectiva para a prática clínica. Entretanto, vale enfatizar que a passagem para a consideração do contexto biopsicossocial tem de vir acompanhada por práticas clínicas e referenciais teóricos que a sustentem.

Esses mesmos autores apontam para as transformações da Psicologia, no Brasil, que surgem com as mudanças das necessidades da sociedade, valorizando o olhar para o contexto social como abertura de novos espaços de atuação, evidenciam ações educativas sobre as práticas saudáveis e criação de políticas de prevenção para uma abrangência global, mostrando a eficácia dessas ações para 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 socio sanitária, conforme definiu Sebastiani (2000, p.221), o qual destaca algumas tendências para essa área:

[...] dois fatores de êxito marcam o futuro desenvolvimento da Psicologia da saúde: a integração compreensiva de modelos teóricos aparentemente distantes e o encetamento de esforços psicológicos na preservação da saúde e prevenção de doenças, modificando crenças e atitudes frente às questões afetas às enfermidades, sofrimento, dor, invalidez e morte. A participação individual e comunitária no cuidado com a saúde e o desenvolvimento da psiconeuroimunologia são pontos paradigmáticos na contribuição que a Psicologia pode trazer à solução dos problemas de saúde.

A constatação da necessidade de ampliação 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 aspecto leva estudiosos da área a examinar a atuação, a exemplo de Miyazaki (1995, p.238), que, mediante essa investigação, entende 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”.

Diante dessas mudanças de ações, ambientes, referenciais teóricos e técnicos, os profissionais inseridos esbarram-se nas especificidades da área. Em uma pesquisa realizada por Seidl e Costa Júnior (1999, p.32), sobre o psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal, entre muitas outras contribuições, concluiu-se que

[...] a totalidade dos profissionais pesquisados informou que sentia necessidade de treinamento específico com objetivo de proporcionar o aperfeiçoamento de sua atuação profissional (100%) e manifestou interesse por estudar diferentes temas da Psicologia aplicados à saúde.

Em relação à introdução de profissionais da Psicologia em outros níveis de atenção à saúde, 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 ainda muitas construções específicas, nas quais não se reproduzam apenas as práticas clínicas, mas que sejam coerentes com as necessidades do setor de saúde. Tal necessidade, já apontada anteriormente, reforça os novos campos do saber:

[...] mudanças recentes na forma de inserção dos psicólogos na saúde e a abertura de novos campos de atuação vêm introduzindo transformações qualitativas na prática que requerem, por sua vez, novas perspectivas teóricas. É isto, pois, que nos permite afirmar que nós estamos defrontando com a emergência de novo campo de saber. (SPINK, 1992, p. 11).

Seidl e Costa Junior (1999), por sua vez, já se preocupavam com a limitação das práticas em saúde e principalmente com a transposição de atuação sem fundamentação teórica e envolvimento social, explicitando que a Psicologia da Saúde, no Brasil, acompanhou a expansão e a evolução da Psicologia clínica, porém, passando a atuar em diferentes áreas, que exigem um compromisso social por parte do profissional. Para enfatizar esse contexto, Sebastiani (2000) sublinha que a área de saúde no Brasil é a que mais tem contratado psicólogos nos últimos 15 anos, justifica essa absorção em virtude da diminuição da procura pelas atividades de consultório, baseadas em um modelo estritamente clínico.

Gimeniz (1992) ressalta a importância de o psicólogo atuar de forma preventiva, no setor de saúde, adotando dessa forma uma perspectiva de saúde pública; afirma que a atuação desse profissional não deve ser apenas remediativa e, embora reconheça com seriedade a necessidade dessas ações, propõe a ampliação da atuação psicológica no campo preventivo.

Em vários aspectos, surge a necessidade de construção, formação de conceitos e competências específicas para essa área de atuação, como afirmam Trindade e Teixeira (2000, p.39):

Exige-se o desenvolvimento de competências para a abordagem psicológica dos problemas de saúde comunitária, quer no plano dos conteúdos quer no plano metodológico, abrangendo modelos teóricos e metodologias de avaliação e intervenção e, ao mesmo tempo, estudos de psicoepidemiologia que permitam recolher dados sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde e aspirações dos indivíduos, grupos e população em geral.

A Psicologia na área da saúde surge dentro da necessidade da formação de equipas, centrada na saúde mental e no modelo médico tradicional – “a cura”. Hoje, diante das novas necessidades, é imperiosa a modificação desse modelo, bem como a utilização de técnicas e teorias específicas para essa área de atuação, que respeitem e vão ao encontro das perspectivas de saúde pública.

1.2 Inserção do psicólogo em instituições de saúde

Buscando dados históricos, constatou-se que “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” (GIOIA-MARTINS; ROCHA JUNIOR, 2001, p.36), cujo objetivo principal foi trazer mais humanização aos atendimentos. Esse contexto, caracterizado pelo modelo médico, sofreu muitas alterações, entre as quais mudanças das causas de morbidade e mortalidade, passando de doenças infecciosas, como pneumonia e tuberculose, para, na atualidade, apresentarem-se mais relacionadas com o estilo de vida, com causas ambientais, ecológicas e

padrões comportamentais, como doenças cardiovasculares, câncer, Aids, entre outras.

No Brasil, conforme Carvalho e Yamamoto (2006), a inserção do psicólogo no serviço público de saúde ocorreu no final da década de setenta, com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, visando à redução de custos e maior eficácia dos atendimentos por meio da formação de grupos multiprofissionais.

Por outro lado, na opinião de Sebastiani (2006), a inserção do psicólogo na saúde, no Brasil, ocorreu na década de 50, antes mesmo da regulamentação da profissão, mas o mesmo autor afirma que o grande desenvolvimento da área ocorre nos anos 80, com a realização de diversos concursos públicos em instituições municipais, estaduais e federais de saúde.

Carvalho, D.B. e Yamamoto (2006) citam 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.

No Estado de São Paulo, a inserção do psicólogo se deu mais recentemente, segundo Spink (1992, p.13):

[...] A partir de 1982, com a adoção de uma política explícita, por parte da Secretaria de Saúde, de desospitalização e de extensão dos serviços de saúde mental à rede básica. A implementação dessa política, ainda tão recente a ponto de não permitir uma avaliação, foi o resultado de uma longa batalha entre psiquiatras tradicionais e alternativos, batalha essa que tem suas origens na divulgação do trabalho de Franco Basaglia na Itália.

Dimenstein (1998) ressalta a inserção do psicólogo, no trabalho em equipe, no qual foi embasado por novos princípios da saúde mental que valoriza o paciente dentro de seu contexto, baseado nesta reorientação de atendimento foi dado destaque a equipe multiprofissional no qual a psicologia clínica configurava-se como um deles.

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, a inserção do psicólogo na Rede Básica de Atenção à Saúde ocorreu em 1992, com um projeto implementado pela Faculdade de Medicina de Marília, juntamente com outras instituições de saúde, por meio de investimento no programa UNI. Esse projeto, financiado pela Fundação W. K. Kellogg, consiste em uma nova iniciativa na formação de profissionais de saúde, sendo o foco principal a integração da faculdade com seus cursos de medicina e enfermagem, serviços de saúde e comunidade, visando à melhoria na qualidade de ensino.

Entre as ações inovadoras, impulsionadas pelo projeto, ressalta-se o fortalecimento do trabalho em equipe e a avaliação das necessidades de cada comunidade, tendo em uma de suas finalizações a proposta de contratações de recursos humanos, com atribuições específicas para a necessidade de cada área. Sete unidades de saúde foram escolhidas para a implantação das ações do projeto, tendo sofrido mudanças e adaptações para a realização. Nessas mudanças, podemos destacar a inclusão de acadêmicos, a contratação de recursos humanos e a definição da territorialização da área de cada unidade, seguindo a lógica do plano de saúde, em sua base territorial. Em um desses territórios de saúde, foi constatado

um grande número de portadores de transtornos mentais, exigindo que, para trabalhar tal problemática, a equipe dessa área fosse composta por alguns profissionais da saúde mental, entre eles o psicólogo, que passou a fazer parte das estratégias de ação do município (PROJETO UNI, 1996).

Observamos que a introdução do psicólogo surgiu da iniciativa contida no programa do adulto, baseada na demanda de origem psiquiátrica, com proposta de mudança da cultura de hospitalização do doente psiquiátrico.

Seidl e Costa Junior (1999) já abordavam a situação da atuação do psicólogo restritamente ligado à saúde mental, ressaltando ainda que este seria um desafio para as mudanças atuais da Psicologia, na área da saúde.

[...] outro desafio é a modificação da tendência à concentração dos psicólogos no nível terciário de atenção, tradicionalmente ocupado por psicólogos ligados a programas de saúde mental atuando eminentemente em serviços psiquiátricos e em ambulatórios especializados [...] (SEIDL; COSTA JUNIOR, 1999, p.33).

Abordando igualmente esse fato, Spink (1992) relata que a atuação do psicólogo, na saúde, limitava-se a dois aspectos: o primeiro, com a atuação na condição de profissional liberal, e o segundo, com o trabalho em ambulatórios e hospitais de saúde mental, ficando subordinados ao paradigma da Psiquiatria, no qual o enfoque principal era a internação e a medicação.

Portanto, podemos concluir que a Psicologia, no Brasil, no Estado de São Paulo e no município de Marília, passou a fazer parte da área da saúde, vinculada estritamente à Saúde Mental. Entretanto, a abertura de novos campos de atuação, no setor de saúde, vem exigindo transformações de teorias e práticas, que não contemplem apenas a atuação no campo da saúde mental, porém, que favoreçam o processo de saúde, em seu contexto e em suas necessidades globais.

1.3 O Sistema de Saúde no Brasil

Nas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro tem sido marcado pelo modelo curativo, conforme destacam alguns autores, entre os quais Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998, p.13), que assim focalizam a questão:

[...] no final da década de 80 e início da de 90, a OPAS - Organização Panamericana de Saúde - desencadeou uma reflexão coletiva em torno do MPPS - Modelo de Prestação de Serviços de Saúde, promovendo reuniões específicas sobre os distintos "componentes" deste modelo segundo a concepção já clássica dos níveis de prevenção oriundos da Medicina preventiva: promoção da Saúde (julho de 1990), Prevenção de Enfermidades (fevereiro de 1990) e Recuperação (setembro de 1989). Uma das conclusões mais importantes desses encontros foi a constatação de quão pouco desenvolvidos se encontravam, nos diversos países os 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 o sistema de saúde, em nosso país. A seguir, citaremos aqueles que representaram ou impulsionaram mudanças de conceitos e ações significativas, entre as quais a necessidade de ampliação de profissionais no setor, quando o psicólogo foi destacado.

Dentre esses fatos, houve 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 o financiamento do setor. Nessa ocasião, foi lançada a proposta da criação do sistema único de saúde. A criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – ocorreu 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 a 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 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.

Com as mudanças socioculturais, de morbidade, mortalidade, controle de doenças e melhor controle das vigilâncias sanitária e epidemiológica, tivemos, em nosso País, vários conceitos de saúde, entre os quais o atual, que é baseado na Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, a qual determina:

Disposição Preliminar

Art. 1º. Esta lei regula, em todo o Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas, naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

S 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

S 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.(BRASIL, 1990).

Essa definição valoriza o conceito ampliado de saúde, visando 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, uma nova modalidade de assistência, baseada no modelo de vigilância à saúde. Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998, p.15) contemplam a definição ampliada desse modelo, como

[...] resgatando o desenvolvimento conceitual e metodológico que se vem verificando a partir de uma visão ampliada de Saúde e da formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos, à luz da moderna Epidemiologia, articulando-os em um esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes.

Nesse modelo de atuação, temos algumas modalidades que regem tal conceito de saúde. Entre elas, é possível destacar as três que serão utilizadas neste trabalho: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos e a reabilitação da saúde. Essas definições são do Ministério da Saúde, em um Documento Técnico de setembro de 2005.

- A promoção da Saúde foi definida pela OMS (1986, apud BRASIL, 2005) como “o processo de habilitação das pessoas para que aumentem seu controle sobre, e melhorem sua saúde”. Os pré-requisitos para a saúde vão além da simples prevenção de doenças, ou de estilo de vida próprio, incluindo aspectos como “paz, proteção, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça e equidade social”. Busca-se a construção de uma capacidade para analisar e agir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como sobre os problemas que afetam a vida e as condições em que se vive.
- A prevenção de doenças e agravos adota enfoque na redução dos fatores de risco para indivíduos e grupos sociais, contando para tal

com os conhecimentos e metodologias acumuladas pela saúde coletiva, em suas diversas áreas e ações programáticas. São enfatizadas ações de prevenção primária, através da promoção de saúde (evitar o aparecimento da doença, na população geral, intervindo nos fatores de risco), e proteção específica (evitar o aparecimento da doença em grupos sub-clínicos ou grupos de risco). Estas incluem as ações previstas na área de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

- A reabilitação da saúde (prevenção terciária) tem por propósito restabelecer a capacidade funcional das pessoas que a tiveram prejudicada, como consequência do processo de adoecimento. No contexto da estratégia Saúde da Família, as ações de reabilitação requerem o estreito envolvimento da família e de condições domiciliares, para o alcance de melhores resultados nessa dimensão do cuidado, assim como acesso a serviços especializados de reabilitação, quando necessário.(BRASIL, 2005, p.15-16).

As preocupações com o setor de saúde, dentro dessa nova 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 outros países, sendo que, na literatura internacional pesquisada, Lengerke et al. (2004) ressaltam a necessidade de políticas públicas que apoiem 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. Defendem ainda que informações políticas (campanhas) são simples, mas importantes para o comportamento individual e coletivo, contribuindo para as políticas de saúde, de forma global.

Vinck, Oldenburg e Lengerke (2004) apontam que a promoção e a prevenção à saúde são o eixo principal para o atendimento na saúde, pois o adoecimento depende de fatores de risco e hábitos do indivíduo, que constituem uma das maiores preocupações da saúde mundial.

Hepworth et al. (2004) também questionam as práticas, teorias e modelos da Psicologia na saúde, afirmando que, com o desenvolvimento da saúde pública, ocorre a necessidade de novos conhecimentos, práticas e trabalhos diferenciados.

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 a 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, p.64) nos chama a atenção para a seguinte questão:

[...] Nesse contexto, novas demandas de responsabilidade social estão sendo feitas aos psicólogos, o que nos leva ao questionamento de seus saberes, dos seus referenciais teóricos e dos seus modelos assistenciais e sua adequação à realidade do SUS.

Podemos verificar, em documentos oficiais, a mudança 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 mudanças têm sido sugeridas gradualmente, com tentativas de implantações no setor de saúde muito recentemente, com poucos parâmetros de avaliação.

1.4 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 já aqui referidos: clínica, 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 mudança de necessidades da população, despertaram o interesse de diversos estudiosos. Quanto ao modelo profissional, Bastos (1990, p.39) afirma:

o modelo de profissional colocado no mercado pelas instituições formadoras é além de bastante homogêneo, tradicional. O exame do tipo de inserção dos psicólogos deixa claro que as instituições formadoras não têm explorado todo o potencial de crescimento e ampliação dos serviços que este profissional pode prestar [...] centenas de psicólogos continuam sendo formados para prestar o mesmo tipo de serviço que caracteriza a sua atuação desde a sua regulamentação da profissão [...]

Catharino (1999), por sua vez, ressalta que as ações realizadas em Psicologia precedem a teorização, desde o início da história da psicologia, com a regulamentação da profissão este 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 encontra-se da mesma forma.

Tendo em vista esses três eixos básicos da Psicologia, Angerami-Camon (2000, p.8) sublinha que várias práticas estão neles baseadas, porém ressalva:

[...] E na medida em que surgem novos campos e perspectivas de atuação do psicólogo, surge também uma necessidade premente de ampliação e busca de um termo que abarcasse a atuação do psicólogo em áreas que, embora tangenciando outros campos da psicologia, apresentem especificidades próprias e inerentes à sua configuração.

Entendemos que a formação, no sentido generalista, seja importantíssima, conforme defendem as diretrizes curriculares nacionais para a formação em Psicologia; não obstante, alguns espaços de atuação necessitam de conteúdos específicos, os quais favorecem o desempenho do profissional para uma

ação mais efetiva. Talvez este seja o enfoque que mereça ser dado à Psicologia da Saúde.

Seidl (1999) caminha nessa mesma direção, relatando que 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.

Miyazaki (2002) nos chama a atenção para a atual realidade do nosso país, e, a partir dos padrões de morbidade e mortalidade, a tecnologia, a evolução do conhecimento e administração do sistema de saúde, refere 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.

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 a saúde. Com efeito, 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. O autor prossegue, dizendo:

[...] quando o psicólogo passa a trabalhar nas instituições públicas de saúde, ele se depara com uma clientela e com um tipo de demanda que difere substancialmente das que ele atende na clínica privada. A

clientela passa a ser constituída pela população de baixa renda, sendo geralmente encaminhada por outra instituição ou profissional de saúde, de maneira que chega com expectativas bastante distintas daquelas próprias à clientela que busca atendimento no consultório privado [...] (DIMENSTEIN, 2000, p.107)

Anteriormente, já apontamos que a Psicologia foi inserida na área da saúde, vinculada à saúde mental; no atual contexto de trabalho desse setor, é necessário o acadêmico ser preparado para as novas propostas de atuação. 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, ainda, 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, no Brasil, 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, p.104) entende que

os cursos de psicologia têm se caracterizado ao longo dos anos por não possibilitar ao aluno o conhecimento dos aspectos sociais – históricos, políticos e ideológicos – que determinam sua prática e a realidade em que se atua.

Argumenta ainda que os cursos de graduação desempenham um papel fundamental na determinação de modelos de atuação, os quais se apresentam extremamente limitados e inadequados à realidade sanitária do país, 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 freqüentam os cursos de

Psicologia, no país, 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. E complementa:

[...] nossos currículos, por sua vez, espelham e produzem um modelo hegemônico de atuação profissional, o modelo clínico liberal privatista, o modelo da psicoterapia individual de inspiração psicanalítica e definições extremamente limitadas do que seja atuação psicológica, de forma a determinar a representação social que o público tem da psicologia e do psicólogo [...] (DIMENSTEIN, 2000, p.104)

Miyazaki (2002) questiona as ações desenvolvidas pelo psicólogo, na saúde, bem como a sua formação, dizendo que os conhecimentos em Psicologia clínica são fundamentais para atuação na saúde, mas também são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho, na área. Especificamente sobre a formação, assinala que

[...] os cursos de graduação ainda não desenvolveram no aluno um repertório profissional compatível com as necessidades da área. Como a competência profissional é fundamental para atender às necessidades dos usuários do sistema de saúde, para oferecer serviços efetivos de extensão à comunidade e para realizar pesquisas que possibilitem o desenvolvimento da área, a preocupação com a formação profissional é fundamental.” (MIYAZAKI, 2002, p.45)

Gienez (1992), ao defender a ampliação de atuação do psicólogo, refere a interdependência de alguns pontos, entre eles o reconhecimento dos órgãos governamentais, no sentido de abertura de vagas e quanto à formação enfatiza a necessidade das instituições formadoras em fornecer uma formação adequada aos acadêmicos, para que os mesmos venham preencher o espaço profissional conquistado com ações efetivas para o desenvolvimento da profissão.

Gioia-Martins e Rocha Junior (2001) defendem a formação com uma visão generalista, valorizando a problematização na busca pelas soluções, utilizando

referenciais teóricos compatíveis com a prática, durante todo o curso, e o estabelecimento de currículos flexíveis.

Quanto aos estágios, experiências profissionais e atividades extracurriculares desenvolvidas por alunos de Psicologia, Carvalho (1986, p.38) constatou que “o aluno de Psicologia busca em atividades extracurriculares uma experiência prática que os cursos possivelmente não estão oferecendo, ou oferecem de forma insuficiente”. Estudiosos da área mostraram preocupação com a visão da realidade que é fornecida aos acadêmicos, pelas instituições formadoras, como Silva (1992, p.36), que assim se refere à questão:

[...] É necessário que se possibilite, ao graduando, a oportunidade de trabalhar de forma mais comprometida e pautada nas realidades sociais. O estudante precisa ser sensibilizado para perceber a área da psicologia como prática socialmente articulada dentro das instituições. É importante que perceba a necessidade de reaprender com suas práticas, reintegrando seus conhecimentos através de uma postura de constante investigação sobre elas.

Essa visão ampla e com o foco voltado para a realidade é fundamental, 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.

A necessidade de mudança de paradigma parece envolver não somente o Brasil, como também outros países. Em consulta sobre a Psicologia da Saúde de Portugal, observamos que também surgem problemas nessa área, quanto à formação, uma vez que Teixeira (2000, p.95) desta forma se expressa:

[...] são necessários dispositivos específicos de formação, quer acadêmicos quer de formação profissional, porque ao contrário do que, por vezes, se tenta fazer crer, não é o facto de trabalhar num serviço de saúde que, automaticamente, faz com que um psicólogo esteja a trabalhar em psicologia da saúde.

Esse mesmo autor propõe 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.

Enquadrada nessa proposta, Teixeira, J.A.C. (2000) sugere 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, a saber:

- conhecimentos básicos de Psicologia da Saúde;
- conhecimentos básicos de ciências da saúde;
- competências para a avaliação, intervenção e investigação psicológicas em saúde;
- competências para a formação e para o trabalho em equipe;
- relações interpessoais, questões éticas, deontológicas e legais.

E, quanto à formação específica, propõe conteúdos que contemplem a necessidade 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;
- desenvolvimentos de aptidões e formação de atitudes;

- desenvolvimento de competências;
- prática profissional supervisionada.

Mediante os pressupostos da formação, em Portugal, referentes ao estágio, Trindade (2000) defende que tal estratégia deve ser traçada em quatro pontos principais: aquisição de conhecimentos, aptidões, competências e atitudes, levando à atuação do acadêmico nas diferentes áreas da saúde, como promoção, prevenção e recuperação, bem como a diversidade de atividades nesses contextos.

A preocupação com a formação do psicólogo atinge várias instâncias, no nosso país, entre as quais os Conselhos Regionais e Federais de Psicologia, em cujos arquivos constam diversos artigos, enfatizando discussões sobre a formação desse profissional. Deve-se frisar que, em março de 2004, finalmente foram estabelecidos alguns padrões que valorizaram a formação para a área da saúde.

As Diretrizes definem a identidade e garantem a homogeneidade do curso no país, preparando o aluno para a análise do campo de atuação profissional e de seus desafios. Elas também contemplam uma formação ampla do psicólogo, respeitando a multiplicidade das concepções teóricas e metodológicas, assim como a diversidade de suas práticas e contextos vários de atuação. As diretrizes definem eixos estruturantes ao redor dos quais os cursos de psicologia devem se articular. (JORNAL DE PSICOLOGIA, 2004, p.8)

Vemos que a regulamentação da Psicologia como profissão foi um marco para a formação, em que a fixação das diretrizes curriculares nacionais também colaborou para esse desenvolvimento. Todavia, a formação ainda se encontra voltada para áreas tradicionais da Psicologia. Isto necessita ser revisto, 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.

Porém, mudanças como esta colaboram com os futuros profissionais, mas não resolvem a problemática das atuações dos profissionais já inseridos no mercado, de sorte que, para tanto, gostaríamos de destacar a Proposta da Educação Permanente em saúde, uma proposta inovadora do Ministério da Saúde, que tem como um de seus objetivos 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 13/02/04, segundo Portaria Nº 198/GM/MS. Acreditamos que essa proposta venha realmente a somar, para os profissionais, já que é pautada na problematização para estabelecimento de estratégias e ações, valorizando a clínica ampliada e proporcionando incentivos à implementação das diretrizes curriculares nacionais de Graduação dos profissionais da Saúde.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Psicologia (BRASIL, 2001), é contemplada a Educação Permanente, a qual é explicitada como segue:

Art. 4º - f) Educação Permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, e de ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, estimulando o desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Essa formação, valorizando o novo conceito de saúde, é sem dúvida algo inovador e, ao mesmo tempo, se constitui em um desafio, porque propõe a

reorganização da prática de vários profissionais da saúde, entre os quais o psicólogo.

1.5 O ensino superior no Brasil: um enfoque para a formação de profissionais da área da saúde

O estatuto para o ensino universitário, no país, é datado de 1931, conforme Martins (2000), sendo que a primeira universidade brasileira foi a USP, criada em 1934. Desde então, vários fatores influenciam o desenvolvimento das instituições formadoras, no Brasil, entre as quais está o aumento de conclusões do ensino médio, que, por sua vez, apenas foi possível em função de estratégias fundamentais como: aumento das taxas de conclusão do ensino fundamental, cursos de supletivos e oferta de cursos noturnos. Outro fator que impulsionou o crescimento foi a reforma universitária de 1968, quando o governo facilitou a criação de cursos superiores privados, estratégia utilizada como forma de suprir a demanda de vagas, para as quais as escolas públicas não davam conta. Martins (2000, p.53) realizou uma análise detalhada sobre o assunto e relata:

Quando se analisam os dados mais recentes, percebe-se que os cursos de graduação existentes no país apresentam um acentuado crescimento. No período 1988/1998, expandiram em torno de 62%. Como se sabe, inicialmente os cursos de graduação foram criados na sociedade brasileira para favorecer a formação nas profissões tradicionais, como direito, a medicina e a engenharia, e durante um longo período, com poucas variações, o ensino superior estruturou-se para essas carreiras. Paralelamente ao processo de diversificação institucional dos estabelecimentos de terceiro grau, ampliam-se as carreiras profissionais e atualmente há 150 áreas de graduação, conforme classificação do Instituto Nacional de pesquisas Educacionais (Inep).

Apesar do desenvolvimento da Universidade Brasileira, observa-se um crescimento desordenado, resultando em alguns problemas: o número de

ingressantes no ensino superior, que é de apenas 7,6% da população entre 20 e 24 anos de idade, o alto índice de evasão, a baixa titulação dos docentes, em algumas instituições formadoras, e a falta de programas que atendam à diversidade das vocações acadêmicas, entre outros, são alguns dos problemas citados por Martins (2000)

A Constituição de 1988 colaborou para o desenvolvimento, uma vez que regularizou a formação de modelos institucionais diferenciados, constando em seu artigo 207 a necessidade de as universidades obedecerem ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, também favoreceu o ensino superior, no sentido da elaboração de exigências e parâmetros mínimos para a formação profissional. Todavia, esse fato ainda merece atenção especial. Vaidergon (2001) sublinha essa exigência e aborda a proliferação de instituições formadoras do ensino superior, declarando que “escolas que passaram a formar rapidamente licenciados em nível superior, cuja qualidade e conseqüências para o ensino básico ainda não foram aquilatadas” (VAIDERGON, 2001, p.87).

Segundo Martins (2000), algumas iniciativas foram importantes para o aperfeiçoamento da graduação do ensino superior; entre elas, cita a articulação da mesma com a pós-graduação, as bolsas de iniciação científica patrocinadas pelo CNPq e a criação de diversos programas específicos: licenciatura, laboratórios, bibliotecas universitárias, informatizações, promovidas pela CAPES. Outro fato é o exame nacional de cursos e a avaliação das instituições formadoras, iniciativas que representam um fator positivo para o ensino superior em nível nacional.

O ensino superior é considerado como um ponto estratégico para o desenvolvimento do país, porque tem a responsabilidade de formar profissionais

qualificados para atender ao conjunto de necessidades atuais, diretamente ligados a uma necessária ascensão do Brasil. No entanto, para atingir esse objetivo, é preciso o seguimento dos requisitos legais, bem como a elaboração de programas que contemplem a diferenciação nos padrões de qualidade necessárias com propostas acadêmicas consistentes, que valorizem a diversidade das vocações acadêmicas.

A necessidade de formação qualificada para o desenvolvimento do país encontra-se ramificada em todos os setores, segundo Gomes (2002, p.38), para quem essas mudanças têm atingido também no setor de Ciências da Saúde, conforme se expressa:

Todas as mudanças paradigmáticas que ocorreram na educação e no currículo, principalmente na segunda metade do século XX, também influenciaram fortemente as Ciências da Saúde, já que a formação do profissional há muito apresentava uma inadequação ao mercado de trabalho em mudança, bem como às necessidades de saúde da população e à qualidade no atendimento. Tal inadequação iniciou uma série de debates e pesquisas acerca da formação profissional e desencadeou diversas propostas para adequar a formação de recursos humanos em saúde à realidade mundial.

Sendo a área da saúde até há pouco tempo centrada em formas curativas, a formação de profissionais que compõem essa área também sempre foi voltada para a reabilitação, além de ser evidente a separação entre teoria e prática. Noronha (2002, p.15) sublinha:

No ensino de graduação, as discussões estão centradas principalmente na implantação de mudanças com base nas diretrizes curriculares, levando-se em conta que a mudança deve ser orientada pela reorganização das práticas de atenção à saúde e que a qualificação dos profissionais deve seguir o princípio de humanização dos serviços [...]

Silva (2000) aponta a necessidade de reorientação e transformação de modelos de formação dos profissionais em saúde, que signifiquem propostas embasadas nos modelos de sistemas locais, com ênfase na ação comunitária.

Vários estudiosos concordam com a urgência de ações políticas/técnicas para superar o modelo tradicional de formação em saúde, com propostas que avançam nas atividades de atenção na rede de serviços em saúde. Para tanto, a formação passa a ser fundamental, resultando na melhoria da qualidade de vida da população.

Nesse vasto campo da área da saúde, onde recentemente diversas profissões foram agregadas para uma atuação mais ampliada no próprio conceito de saúde, temos a Psicologia, cujas diretrizes curriculares nacionais já contemplam conteúdos fundamentais para a formação desse profissional, para a inclusão nesse setor. Tais conteúdos não se limitam apenas ao foco curativo, mas sim abordam o foco preventivo e promocional à saúde, restando agora a adequação das instituições formadoras para essa característica e a atualização dos profissionais já atuantes, para melhor adaptação ao mercado.

A Psicologia da Saúde é um campo amplo para a atuação profissional e de recente inserção, estando em processo de construção, assim as práticas condizentes com as necessidades do setor irão designar o futuro dessa área. Em consequência, torna-se evidente a relevância de averiguar as práticas atuais, confrontando-as com o que é proposto na literatura e nas diretrizes curriculares nacionais, juntamente com o que vem sendo adotado pelas instituições formadoras, para, enfim, contribuir com indicadores para a efetividade de ações, que venham de fato direcionar e atender às reais necessidades do setor. Mediante as observações expressas, apresentamos os objetivos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar as atividades dos psicólogos que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde e analisar componentes da formação em Psicologia e sua articulação com o que preconiza a saúde pública, buscando contribuir para a formação profissional.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Analisar os relatos dos psicólogos sobre as atividades que realizam, na rede básica de atenção à saúde;

2.2.1.2 Identificar as dificuldades encontradas na prática;

2.2.1.3 Identificar quais ações desenvolvidas se enquadram no que preconiza a área da saúde, dentro de seus modelos de reabilitação, prevenção e promoção;

2.2.1.4 Identificar quais os conteúdos e disciplinas foram abordados na graduação para a prática na saúde;

2.2.1.5 Identificar quais habilidades são consideradas necessárias para a prática em saúde pública;

2.2.1.6 Identificar quais os conhecimentos necessários para a prática na saúde;

2.2.2 Analisar documentos da formação em Psicologia, identificando indicadores para a atuação na saúde.

3 MÉTODO

3.1 Aspectos éticos

Este estudo foi encaminhado e aprovado primeiramente pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, por ser este o cenário do estudo, conforme parecer favorável Nº 017/04, de 18/11/04, e posteriormente avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Marília, por tratar-se de pesquisa com seres humanos, conforme parecer favorável Nº 2536/2004, de 15/12/04.

3.2 Local

Este trabalho foi realizado nas unidades da rede básica de saúde do Município de Marília, junto à Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Participaram as unidades que tinham disponível o serviço de Psicologia, excluindo-se apenas o CAPS, no qual as atividades de Psicologia são desenvolvidas pela própria pesquisadora. As unidades estão distribuídas da seguinte forma:

Tabela 1: Distribuição das Unidades de Saúde

Tipo	Nº Unidades	Nº de psicólogos para as Unidades	Responsabilidade de atendimento da psicóloga
Unidade básica de saúde	13	5	Pacientes da própria unidade e encaminhados por unidades de sua área de abrangência*
Unidade de saúde da família	25	6	Cada psicólogo atende em média a 5 unidades**
Núcleo de saúde do trabalhador	1	1	Demanda específica da unidade
Programa interdisciplinar de internação domiciliar	1	1	Demanda específica da unidade
Núcleo de vigilância à saúde	1	1	Demanda específica da unidade
Total	41	14	

* o psicólogo permanece sempre na mesma unidade

** o psicólogo desloca-se para outras unidades, para realizar atendimento

Entendemos que todas as unidades possuem a sua especificidade, entretanto, para esta pesquisa, vamos nos referir a todas como Unidades de Saúde, por estarem dentro de um mesmo modelo de atenção, que é a rede básica de saúde.

3.3 Participantes

Participaram desta pesquisa catorze psicólogas do serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e trinta e oito instituições formadoras em Psicologia do Estado de São Paulo.

A caracterização das psicólogas da Secretaria de Saúde pode ser vista na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2: Caracterização dos Psicólogos

Gênero	Tempo de formação	Instituição Formadora	
Feminino N: 14	Média:7,785 DP:6,015	Pública N:6	Privada N : 8

Os dados relativos às trinta e oito instituições formadoras, representando 69% das Universidades ou Faculdades do Estado de São Paulo, são mostrados na Tabela 3 que segue.

Tabela 3: Caracterização das Instituições Formadoras

Nº	Porcentagem do Estado de São Paulo	Natureza da Instituição Formadora	
38	69	Pública N : 5	Privada N : 33

3.4 Materiais e instrumentos

Foram utilizados para a coleta de dados um gravador da marca Panasonic, cinco fitas cassetes MC 60 da marca Panasonic e um roteiro estruturado de entrevista com 12 questões (Apêndice A), elaborado para o estudo.

Para a análise de documentos, foram empregadas:

- as diretrizes curriculares nacionais do Ministério da Educação que regem os cursos de Psicologia do País;

- as matrizes curriculares das Instituições Formadoras do Estado de São Paulo.

3.5 Procedimentos

3.5.1 Preliminares

O projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, para apreciação e autorização. Na ocasião, buscou-se levantar, junto à Secretaria, documentos que descrevessem o perfil ou as competências específicas para o psicólogo que exerce atividades na saúde pública. Contatos foram feitos com o Ministério da Saúde, órgãos especializados em pesquisas, como a FIOCRUZ, e nenhum documento foi encontrado.

3.5.2 Elaboração do roteiro de entrevista

O roteiro utilizado na entrevista foi elaborado e submetido à aprovação de juízes, em uma disciplina específica do Programa de Pós-Graduação da Universidade. A avaliação do material forneceu subsídios para a reformulação do roteiro, cujas mudanças sugeridas contemplaram especificamente a formulação de algumas perguntas e a seqüência das mesmas.

3.5.3 Estudo-piloto para adequação do instrumento da pesquisa

Após a elaboração do roteiro, a entrevista foi realizada com duas psicólogas, com o objetivo de testar o instrumento. Uma exercia suas atividades em ambiente hospitalar e outra já havia trabalhado em unidade básica de saúde. Nessa etapa, foram testados o roteiro e os materiais, e, a partir de então, definiu-se o local para a aplicação das entrevistas. Esta fase do estudo-piloto possibilitou estimar o tempo gasto para realização das mesmas. As entrevistas foram transcritas na íntegra, segundo as normas de Preti e Urbano (1988).

3.5.4 Elaboração do quadro de análise das entrevistas

A elaboração do quadro de análise se deu durante uma disciplina específica do Programa de Pós-Graduação da Universidade, tendo o mesmo sido organizado e submetido à aprovação de juízes, para o enquadramento das falas, que foram divididas e agrupadas por temas. Após a aprovação dos mesmos, alguns temas, que apresentavam dúvidas no enquadramento, foram adequados a partir de discussão entre pesquisadora e orientadora.

3.5.5 Coleta de dados

Esta fase foi dividida em duas etapas, sendo a primeira a coleta de dados por meio das entrevistas com as participantes e a segunda a coleta de dados de documentos, que foram: as diretrizes curriculares nacionais que regem o curso de

Psicologia e as matrizes curriculares das Instituições Formadoras do Estado de São Paulo.

Primeira Etapa

As psicólogas foram convidadas individualmente a participarem do estudo; após a concordância, assinaram o termo de consentimento (Apêndice B). Desde esse momento, as gerentes das unidades foram informadas quanto aos objetivos da pesquisadora, na unidade, recebendo uma cópia do parecer do Comitê de Ética da Secretária de Saúde. As entrevistas foram agendadas previamente, para não causarem prejuízos à rotina do trabalho; foram realizadas no próprio local de trabalho das participantes, ou seja, nas unidades de saúde, em salas utilizadas para o atendimento de Psicologia, considerando-se ser esse o espaço mais reservado da unidade. O período desta coleta foi entre 05/01/05 e 18/02/05. O tempo de duração variou entre 9 minutos e 86 minutos (Média: 21,857; DP: 19,790). As entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes e foram realizadas pela própria pesquisadora.

Segunda Etapa

Quanto à análise de documentos, foi realizada uma pesquisa junto ao Ministério da Educação, através da Internet, sobre os cursos de Psicologia no Estado de São Paulo. Obtivemos a informação da existência de cinquenta e cinco instituições formadoras, sendo Universidades ou Faculdades. Após esse levantamento, foram buscadas, junto aos próprios sites, as matrizes curriculares

dessas instituições, das quais trinta e duas matrizes se encontravam disponíveis. Foram obtidas três matrizes com professores e coordenadores das Universidades ou Faculdades de Psicologia, pela familiaridade e proximidade da pesquisadora. Foi encaminhado um *e.mail* para as Universidades e Faculdades que não tinham suas matrizes disponíveis, relatando os objetivos da pesquisa, bem como garantindo o anonimato da documentação e solicitando o encaminhamento das matrizes para análise (Apêndice C). Desse conjunto, três responderam, enviando o material solicitado, enquanto dezessete não responderam ao pedido. No total, obtivemos trinta e oito matrizes, que representam 69% das Universidades ou Faculdades de Psicologia do Estado de São Paulo. Nesta mesma etapa, foram buscadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, datadas de 2001, tendo sido realizados recortes de alguns artigos que evidenciam a regulamentação da formação para o setor de saúde.

3.5.6 Análise de dados

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, segundo as normas de Preti e Urbano (1988), juntamente com as convenções gramaticais, sendo cada pergunta analisada separadamente e posteriormente incluída no quadro de análise, que estava dividido por temas, conforme aprovação de juízes. Alguns conteúdos, após organizados em temas, foram submetidos a uma contagem. Optou-se pela análise quantitativa e qualitativa, pelo fato de que alguns dados serão melhor representados se observados de forma quantitativa, enquanto outros, dentro de sua elaboração e descrição, podem ser evidenciados de forma qualitativa. Os temas são:

- Atividades desenvolvidas,
- Fatores considerados como contribuintes à prática,
- Atributos e conteúdos necessários para a prática na saúde pública,
- Considerações sobre a formação do psicólogo.

Para a análise de documentos, foi efetivada uma análise qualitativa a partir das matrizes das instituições formadoras, cujo critério estabelecido para investigação foi a palavra *saúde*, no título da disciplina. E, para as Diretrizes Curriculares Nacionais que regem o curso de Psicologia, foram delimitados os artigos que contemplassem a atuação do psicólogo no setor de saúde.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos, destacando-se os dados obtidos: 1) na análise dos relatos dos psicólogos que atuam na atenção básica; e 2) na análise de documentos.

Inicialmente, serão expostos os dados que buscam identificar as atividades realizadas pelos psicólogos, nas unidades de saúde; como essas atividades têm sido organizadas e desenvolvidas; os atributos e conhecimentos necessários para o desempenho e a formação desse profissional. Num segundo momento, serão mostrados os resultados da análise das matrizes curriculares dos cursos de Psicologia do Estado de São Paulo, como também das diretrizes curriculares nacionais que regem o curso de Psicologia.

4.1 Relatos dos psicólogos que atuam nas unidades de saúde

4.1.1 Atividades efetuadas pelos psicólogos

A investigação das atividades efetuadas reúne informações sobre as ações que os psicólogos realizam, em seu trabalho, assim como aquelas descritas como as de maior demanda, ou seja, as mais solicitadas pela população. Buscou-se analisar também se os participantes consideram que tais atividades atendem à população, além de pesquisar a respeito da articulação das atividades com a classificação preconizada pelo SUS, quanto à recuperação, prevenção e promoção à saúde, bem como as dificuldades para a realização do trabalho.

A análise dos dados indica que muitas foram as palavras empregadas para descrever as atividades realizadas. O exame minucioso das respostas permite classificar as atividades desenvolvidas pela Psicologia, dentro da rede de atenção básica, nas seguintes categorias: atividades individuais, atividades em grupos e atividades nos programas das unidades de saúde.

4.1.2 Atividades individuais

As atividades individuais foram as mais citadas. Quando se começou a examinar os relatos, para identificar as atividades realizadas, pôde-se constatar que todas relatam que realizam atividades individuais, sendo que 13 com foco terapêutico, distinguindo-se das atividades individuais com foco orientativo num total de 10. Para essa análise, foram respeitadas as nomenclaturas dadas pelas participantes. O Quadro 1 a seguir demonstra as categorias de atividades individuais, bem como sua frequência, com enfoque terapêutico.

Categoria da Atividade	Relato do Psicólogo	Frequência Absoluta	Nº de P que refere a resposta
Atendimento	P4 "...atendimento individual..."	9	P:1,3,4,7,8,9,10,11,12
Psicoterapia	P5 "...psicoterapia individual grupo...entrevista..."	4	P:5,9,10,14
Psicoterapia Breve	P8 "...atendimentos que são mais breves né uma psicoterapia breve se tem que né dá para ser feita..."	4	P:2,7,8,9
Trabalho com Família	P3 "...atendimentos individuais...terapia familiar..."	2	P:3,7
Avaliação Psicológica	P2 "...eu faço...bastante tem muitas primeiro avaliação psicológica... né então entrevista..."	1	P:2
Terapia Individual	P6 "...terapia individual terapias em grupo..."	1	P:6
Suporte Terapêutico	P1 "...aqui a gente trabalha com atendimento né suporte terapêutico..."	1	P:1
	Total	22	13

Quadro 1: Categoria e frequência de atividades individuais com finalidades terapêuticas relatados pelas psicólogas

A participante P:13 não relatou atividade individual com foco terapêutico.

O Quadro 2 a seguir apresenta as categorias de atividades individuais com finalidades orientativas, bem como sua frequência.

Categoria da Atividade	Relato do Psicólogo	Frequência Absoluta	Nº de P que refere a resposta
Orientações	P12 "...o atendimento individual... orientação aos pais..."	6	P:2,7,8,11,12,13
Encaminhamentos	P8 "...a gente avalia e muitos casos a gente assim::: faz os encaminhamentos que são necessários..."	3	P:2,8,14
Aconselhamento	P10 "...aconselhamento psicológico...psicoterapia..."	3	P:1,9,10
Apoio	P2 "...a questão da pessoa né que vem procurar ajuda PODE ser alcançada como orientação e apoio... né não uma coisa tão aprofundada..."	1	P:2
Acolhimento	P2 "...visita domiciliar...acolhimento..."	1	P:2
Solicitação de Avaliação	P2 "...solicitação de outra avaliação profissional..."	1	P:2
Triagens	P14 "...fazemos triagens...dentro das triagens a gente faz os encaminhamentos..."	1	P:14
	Total	16	10

Quadro 2: Categoria e frequência de atividades individuais com finalidades orientativas relatados pelas psicólogas.

As participantes P: 3,4,5,6, não relataram a realização de atividade com enfoque orientativo.

Constatou-se que as atividades individuais são oferecidas para a população, de acordo com a avaliação do profissional psicólogo, dependendo do que ele considera que mais favoreça o usuário, ou seja, ele faz a opção por atendimento terapêutico ou orientativo.

Tendo em vista as atividades efetuadas pelos psicólogos, observamos que as mais citadas são as atividades individuais, denominadas de diversas formas, como: atendimento, terapia individual, psicoterapia breve. Essa situação vai ao encontro do modelo tradicionalmente seguido pelo profissional, que realiza a transposição de seus conhecimentos clínicos para outras áreas de atuação, entre as quais a saúde pública. Tal prática também foi observada por Dimenstein (2001), em uma pesquisa realizada nas UBS - Unidade Básica de Saúde de Natal e Teresina, semelhante às relatadas neste estudo. Em sua pesquisa, Dimenstein (2001), concluiu que as atividades desenvolvidas pelos profissionais psicólogos estão conforme o modelo da clínica privada e diferem das ações de promoção à saúde, desenvolvidas pela equipe multiprofissional na comunidade.

Segundo Miyazaki (2002, p.30), “apesar de conhecimentos em psicologia clínica serem fundamentais para a atuação na saúde, estes são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho na área”.

Confirmando a assertiva acima, temos os relatos de Kerbauy (1987, p.51), quando se refere ao mesmo assunto:

[...] o trabalho individual é praticamente impossível com uma população numerosa necessitando de atendimento adequado. Surge então, a necessidade de inovação, procurando-se desenvolver métodos de diagnóstico e intervenção em grupos [...]

A existência das diversas nomenclaturas parece mostrar a falta de padronização de atividades, talvez pelas implicações da recente inserção desse

profissional nessa área. Quanto à realização de atividades terapêuticas e orientativas, os dados parecem realçar estratégias diferenciadas para esse serviço, em que o profissional busca ações específicas, em virtude de sua demanda. É preciso considerar que, a entrevista, tendo sido realizada de forma semi-estruturada, deu margem para o surgimento de muitas nomenclaturas, dificultando a mensuração. Contudo, foi possível constatar que a atividade individual ocorre de forma predominante, sendo a ação mais desempenhada.

4.1.3 Atividades em grupo

Referem-se às atividades em que os grupos foram formados voluntariamente, de acordo com cada profissional, para a organização de sua prática e, principalmente, pela área de abrangência baseada na demanda existente, com frequência determinada e objetivos específicos, tendo o psicólogo como coordenador das ações e propostas de trabalho. No Quadro 3 a seguir, apresentamos os tipos de atividades realizadas em grupos, bem como sua frequência.

Categoria das Atividades	Descrição dos Participantes do Grupo	Freqüência Absoluta	Nº de P que refere a resposta
Apoio Psicológico	Desenvolvido com: crianças, adolescentes, pais	8	P:1,3,4,5,7,8,11,14
Psicoterapia	Desenvolvido com Adultos	2	P:6,14
Reflexão	Desenvolvido com Mulheres	3	P:2,7,10
	Total	13	11

Quadro 3: Categoria e freqüência de atividades realizadas em grupo relatados pelas psicólogas

As participantes P: 9, 12, 13 não relataram atividade em grupo que se enquadrasse nessa proposta.

Nota-se que esses grupos foram criados em virtude da demanda, sendo avaliada a realidade e a necessidade de cada unidade, criando estratégias específicas para a atuação frente a cada problemática. Esse modelo, conforme a coleta de dados e o que foi demonstrado, no quadro anterior, não é realizado por todos os participantes; não obstante, vemos que essas atividades mostram uma discreta mudança na atuação desse profissional, que pretende valorizar as ações coletivas, com práticas diferenciadas e, especialmente, com o enfoque na avaliação da necessidade da área, para a proposta de atividades variadas. Apesar dos trabalhos serem em grupo, a execução dessas atividades são descritas como sendo de apoio psicológico, não encontrando-se em sintonia com as perspectivas de saúde pública, conforme alertam alguns autores, como Gimenez-Paschoal (1998, p.24):

[...] a diversificação do campo de atuação pode também estar comprometida se modelos novos e adequados à realidade não forem criados. E, neste aspecto, o predomínio da tradicional área clínica, já conhecido há vários anos, parece não ser favorável [...]

4.1.4 Atividades nos programas das unidades de saúde

Entre tantas atividades que compõem as funções da Psicologia da Saúde, há aquelas previstas nos programas específicos da unidade. Na organização de cada unidade de saúde, existem programas elaborados para trabalhar a saúde, em seu contexto ampliado. Esses programas são desenvolvidos com uma equipe multiprofissional, na qual o psicólogo é inserido para a realização de ações pontuais, que acontecem em grupo ou individualmente, e a clientela atendida abrange os usuários e profissionais das unidades de saúde. No rol de atividades, foram mencionados, durante as entrevistas, os programas de que fazem parte, trabalhando com um enfoque educativo. Para facilitar a compreensão dos relatos que se referem a essas atividades, daremos a seguir uma descrição breve dos referidos programas.

Tipo de Programa	Descrição	Atuação da Psicóloga	Relatos que identificam a atuação da psicóloga
Crescimento e Desenvolvimento	Aferição de peso e medida de crianças	Orientações sobre limites, cuidados com bebês e crianças, nas diferentes faixas etárias.	P1 "...atividade educação em grupos... grupos de crescimento e desenvolvimento..."
Bolsa Família	Distribuição de recursos federais a famílias que recebem aquém da renda mínima estipulada; a criança deve freqüentar a escola e ser pesada e medida na unidade a cada quatro meses.	Orientação sobre limite, crescimento normal	P2 "...grupo de é bolsa família..."
Hipertenso e Diabético	Grupo intercalado com a consulta médica para verificação da pressão arterial e distribuição de medicação	Aumento da auto-estima	P4 "... são alguns grupos específicos de diabetes..."
Gestante	Grupos com atividades diversificadas com vários profissionais	Trabalhado o vínculo mãe-bebê, processos de mudança e aumento da auto-estima	P4 "...gestantes é:: alguns grupos realizados..."
Puerpério	Grupos com orientações diversificadas com vários profissionais	Trabalha o relacionamento familiar e aumento da auto-estima	P4 "... grupo de puerpério..."
Planejamento Familiar	Grupo sobre orientações dos métodos contraceptivos	Trabalha o relacionamento familiar e o autocuidado	P8 "...o planejamento familiar..."
Nutrição	Realizado em parceria com acadêmicos de Nutrição, orientações diversas	Reforça a importância do autocuidado e mudança de hábito	P5 "...eu participo do:: grupo de nutrição..."
Reeducação Alimentar e Obesidade	Grupo sobre orientações diversas	Aumento da auto-estima e redução da ansiedade	P7 "... um grupo de reeducação alimentar é multidisciplinar..."
Caminhada	Fortalece o vínculo entre unidade e usuário e reforça a manutenção da atividade física	Aumento da auto-estima, autocuidado e necessidades específicas do grupo	P6 "...grupo de caminhada..."
Avaliação de Laqueadura e Vasectomia	Realização da esterilização definitiva	Avaliação Psicológica, preenchimento do protocolo e parecer favorável ou desfavorável, juntamente com médico e assistente social	P10 "...eh:: realizo entrevista de laqueadura e vasectomia..."
Visita Domiciliária	Destinada a usuários que, por algum motivo, não podem comparecer à unidade ou necessitam de estímulo para a realização de algum procedimento em saúde	Fechamento do diagnóstico familiar, conhecimento da realidade e orientação acerca do procedimento	P12 "...visita domiciliar dinâmica de grupo:: grupo de cuidadores..."
Humanização	A clientela é constituída dos servidores das unidades de saúde	Fortalece o trabalho em equipe, discussões sobre o atendimento humanizado aos usuários do SUS	P4 "...grupo de sensibilização de humanização..."
Cuidador	Atenção à saúde do cuidador, dividida em cinco encontros	Reforçado o autocuidado, divisão dos cuidados para com o paciente, aumento da auto-estima, resgate das atividades sociais, elaboração de projetos de vida	P12 "...participo do grupo de cuidadores..."
Vulnerabilidade	Verificação das necessidades de cada área de abrangência	Formulação do diagnóstico da comunidade e elaboração de estratégias de ações em saúde.	P8 "... grupos voltados pro risco vulnerabilidade da área..."

Quadro 4: Descrição dos programas realizados por profissionais da equipe das unidades de saúde e da atuação dos psicólogos

Nota-se que os programas descritos atingem diferentes faixas etárias da população, oferecendo um enfoque global em saúde e, principalmente, inserindo-se dentro das necessidades de cada área de abrangência, de sorte que a atuação do psicólogo, nesse contexto, pode ser vista como um apoio aos programas, com um enfoque educativo. Os grupos desenvolvidos não possuem uma frequência sistematizada e o psicólogo não participa de todos os programas, o que talvez possa ser explicado pela falta de articulação com os projetos de saúde, em seu nível geral, sendo constatada uma valorização dos fatores psicológicos.

Conforme salienta Dimenstein (2000), ao comentar sobre as conseqüências da cultura do profissional, relata que uma delas é a *psicologização* dos problemas sociais, termo empregado para descrever que o profissional deixa de fora de sua análise a questão social e política, preocupando-se exclusivamente com a sua especialidade, favorecendo a fragmentação dos saberes, limitando sua atuação e deixando, dessa maneira, de olhar a saúde em seu âmbito geral. Utiliza, para tanto, o modelo de atendimento individual, que, segundo Dimenstein (2000), também é decorrente da cultura profissional do psicólogo.

Uma outra explicação para os limites de atuação, nesses programas, parece ser o fato de que as atividades individuais ocupam o maior tempo do profissional, faltando espaço para a dedicação às atividades coletivas.

Talvez fosse no crescimento dessas atividades educativas que poderíamos desenvolver a Psicologia da Saúde, em que os fatores psicológicos não deixariam de ser destacados, porém, a ênfase da área a ser trabalhada seria na saúde integral do indivíduo. Seidl e Costa Junior (1999, p.28) retratam a necessidade de mudança de atendimento, argumentando que

[...] em nosso país, nas décadas de 80 e 90, documentos do Conselho Federal de Psicologia (1985, 1988, 1994) já faziam referência à mudança de paradigma, do modelo médico tradicional para o modelo de atenção biopsicossocial, transformando uma atividade puramente clínica e individual de atendimento à saúde em compromissos de atendimento e acompanhamento psicológico, mais preventivos e de promoção à saúde, educacionais e interdisciplinares de intervenção.

Nessa atuação das participantes, dentro dos programas das unidades, é importante ressaltar o trabalho do psicólogo na equipe, uma vez que tais programas são constituídos por profissionais de diversas áreas. O psicólogo faz parte da equipe, mas como pode ser visto no Quadro 4, sua atuação é, na maioria das descrições, referente a ações pontuais, com foco nos fatores psicológicos. A importância do trabalho multidisciplinar é destacada na literatura citada anteriormente, em que se verifica que foi por meio do trabalho em equipe que o psicólogo teve a abertura de seu espaço, na saúde pública. Embora este tenha sido um marco para a inserção e aumento de sua participação no setor, parece não ter direcionado os modelos que fundamentam sua atuação. Necessitamos, portanto, avançar neste ponto com estudos que direcionem para atuações eficazes, no campo da saúde.

4.1.5 Atividades mais solicitadas pela população

Procurando esclarecer as atividades realizadas, nas unidades, foram investigadas quais atividades eram as mais solicitadas pela população aos participantes. Buscou-se fazer, além da análise qualitativa dos relatos, também uma análise quantitativa, estando representado no Quadro 5 a seguir:

Atividades Solicitadas pela População	Nº de P que refere a resposta	%
Psicoterapias individuais	12	86
Variam de acordo com cada unidade	1	7
São as mesmas para toda a clientela	1	7

Quadro 5: Distribuição e porcentagem das atividades mais solicitadas pela população relatadas pelas psicólogas

De acordo com o Quadro 5, podemos verificar que 86% relatam que as atividades mais solicitadas consistem na psicoterapia individual. Esse aspecto nos chama a atenção, pois pode ser um indicativo do conhecimento que a população tem acerca da Psicologia, revelando a busca de um modelo individual para as resoluções de problemas.

Outro fato é que muitas vezes o profissional realiza a transposição dos conteúdos utilizados no atendimento clínico para o trabalho em saúde pública, deixando de aplicar, oferecer e criar novas formas de intervenções, alimentando a representação social da Psicologia para a população. Sobre tal circunstância, Dimenstein (2001, p.59) assim se pronuncia:

[...] o modelo curativo e assistencialista, voltado para o setor dos atendimentos privados foi se consolidando dentro da categoria dos psicólogos, tornando-se o paradigma hegemônico da profissão.

Temos o relato de duas participantes, uma afirmando que cada unidade tem uma necessidade diferente, e outra, por estar em um serviço especializado, considera que as solicitações são básicas para toda a clientela. O destaque principal deste tópico é a expectativa e o conhecimento da população sobre o serviço de Psicologia.

A expectativa dos usuários, assim como a dos profissionais de saúde, acerca do papel do psicólogo, parece representar a mesma visão: os primeiros,

sobre o que é conhecido, e os segundos, acerca do que é reconhecido como saúde, em seus modelos curativos.

O usuário, ao buscar o serviço de Psicologia, leva consigo expectativas de atendimento, deparando, além disso, com um modelo que reforça essa imagem prévia, ou seja, o atendimento individual, já que, na maioria das vezes, não é oferecida outra modalidade de assistência, talvez pela sua inexistência. Portanto, a expectativa do usuário está sendo mantida, em função das ações realizadas pelos profissionais, sendo a maior parte o atendimento individual. Isto também favorece a conservação da visão da equipe, uma vez que não são oferecidas estratégias de atuações diferentes para a resolução dos problemas por ela apresentados. Os profissionais que compõem as equipes dão seguimento a esse modelo de atendimento, ao darem continuidade aos encaminhamentos individuais, em sua maioria, talvez por não conhecerem outras formas de atuação.

Sobre esse aspecto, entendemos que, para quebrar esse círculo, é necessária a implementação de ações que valorizem as perspectivas de saúde pública, a inclusão de ações coletivas, que devem ser elaboradas de acordo com a necessidade local, com ênfase na ação comunitária, fundamentadas em aportes teóricos e práticos, os quais regem seus modelos de atuação. Quanto a esse aspecto, Dimenstein (1998) afirma que o psicólogo poderá ser mais útil no campo de assistência à saúde pública, quando fornecer modelos mais ampliados de atuação, desde que os mesmos não sejam barreiras para a troca de saberes com outros profissionais.

4.1.6 Atividades oferecidas X atendimento das necessidades da população

A investigação das atividades oferecidas, quanto a se atendem ou não as necessidades da população, levou em conta as opiniões das participantes, não tendo sido, porém, verificada a opinião da população a esse respeito. O gráfico a seguir demonstra os resultados:

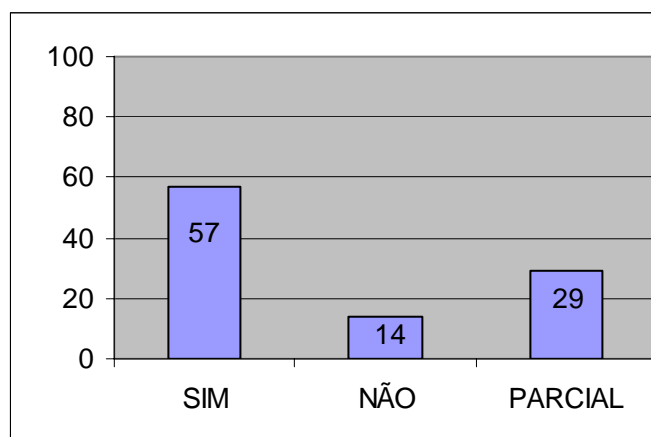


Gráfico 1 Percentual de Psicólogos que afirmam que as atividades oferecidas atendem às necessidades da população(N=14)

Constatamos que 57% dos psicólogos afirmam que as atividades oferecidas pela Psicologia atendem às necessidades da população; todavia, em algumas falas, ao lado da afirmação, observamos a insatisfação, como se nota a seguir:

P1 - "...eu acho que atende porque a população esta doente... né gostaria de oferecer muito mais... né do que eu consigo oferecer... né e::: acho que ainda falta muita coisa..."

P2 - "...né então eu acho que ajuda sim e percebo diferença em cada uma das pessoas...né não acho que não ajuda... mas algumas precisa disso e mais algo..."

Os dados coletados acerca das atividades oferecidas, se as mesmas atendem ou não às necessidades da população, evidenciam que, embora a maioria, isto é, 57% dos participantes, acredite que sim, essa resposta vem acompanhada com justificativas que demonstram certa insatisfação, como, por exemplo, reflete a fala de P2 "...mas algumas precisam disso e mais algo...". Não temos dúvidas de que o atendimento psicológico ajude o indivíduo, mas as próprias profissionais percebem uma necessidade diferente. Essa expectativa profissional parece ser a forma tradicional do trabalho, ou seja, este algo que está faltando parece ser a psicoterapia de prazos mais longos. Neste ponto, gostaríamos de chamar a atenção, uma vez que a falta de estratégias para o trabalho em saúde pública pode acarretar insatisfações. Gioia-Martins e Rocha Junior (2001, p.40) justificam a necessidade de mudança de modelo:

[...] enfatiza-se o planejamento e execução de ações com base em demandas coletivas, ou seja, o lidar com contingentes maiores de indivíduos, priorizando estratégias grupais e focais para atuar com os problemas trazidos pela população.

Em relação às respostas que declaram que não atendem, a justificativa está no excesso da demanda:

P6 - "...não muito por conta é principalmente acho da demanda né é..."

P11 - "...eu acho que não dá conta... é por ser sozinha... pela quantidade de profissionais..."

Verificou-se que 14% dos participantes relataram que as atividades não satisfazem às necessidades, com a justificativa do excesso de demanda; com efeito, os dados mostram que, sendo as atividades individuais as mais realizadas, realmente não podem atender a toda a demanda, mas apenas favorecem a manutenção do modelo clínico, não se expandindo em estratégias que contemplem a saúde, em seu contexto maior.

Silva (1992, p.31), a respeito, ressalta que,

por identificar a prática psicoterapêutica como sinônimo de atuação clínica é que o modelo único de atuação tem sido mantido e imposto aos diferentes níveis de atenção em saúde sejam eles primários, secundários ou terciários [...]

Há 29% que afirmam que atendem parcialmente, explicitando sua escolha conforme se pode ver, abaixo:

P4 - "...é:: eu acredito que atende parcialmente né... mais esses atendimentos individuais eles são acompanhamento psicológico né não é um processo:: terapêutico..."

P9 - "...em termos porque assim é é:: existe uma dificuldade... dos nossos pacientes financeira mesmo... então o transporte atrapalha..."

P10 - "...a gente busca isso né mas é:: acho que falta muito...acho que ainda está em construção a identificação das

necessidades das pessoas né é::: muitas vezes a gente ainda não sabe muito bem e::: identificar a necessidade da comunidade...”

Os relatos parecem indicar a expectativa do profissional em continuar realizando a psicoterapia clínica, ignorando as várias ações que a Psicologia pode desempenhar, no âmbito da saúde pública.

Observamos, pelo relato de P9, que o projeto terapêutico nem sempre é realizado visualizando a necessidade e condições do paciente, em seu contexto geral, mas sim baseado na forma como o profissional acredita que deva ser. Enquanto isso, na fala da P10, notamos a falta de conhecimento do papel profissional estabelecido, talvez por ser uma categoria profissional inserida recentemente, na saúde pública, bem como pelo reduzido número de pesquisas desenvolvidas na área. Este estudo levou-nos a questionar o quanto a formação tem assegurado aos profissionais habilidades e competências para a produção de conhecimentos da área.

Entre os 29% dos profissionais que afirmam que as atividades atendam parcialmente, encontramos várias justificativas, entre as quais a realização de acompanhamento psicológico e não o processo terapêutico, dado que mostra novamente o profissional empenhado em realizar apenas a clínica, na saúde pública. Outro dado importante refere-se à dificuldade da população, seja financeira, seja ligada ao fato de não conseguir acompanhar o processo psicológico, o que parece revelar que os atendimentos ainda se encontram voltados para as classes sociais diferenciadas. Frente a esse descompasso, Dimenstein (2000, p.107) enfatiza que

quando o psicólogo passa a trabalhar nas instituições públicas de saúde, ele se depara com uma clientela e com um tipo de demanda que difere substancialmente das que ele atende na clínica privada. A clientela passa a ser constituída pela população de baixa renda, sendo geralmente encaminhada por outra instituição ou profissional de saúde, de maneira que chega com expectativas bastante distintas daquelas próprias à clientela que busca atendimento no consultório privado. Esta estaria mais em busca de “se conhecer”, de “se tratar”, ao passo que a clientela pública teria como objetivo a “eliminação de sintomas”.

Porém ressalta que essa mudança de clientela e de demanda não seriam problemas se o profissional fosse formado com aportes teóricos e técnicos que embasassem seu modelo de atuação para atender as necessidades específicas dos clientes da saúde pública.

Silva (1992, p.29) caminha nessa mesma direção, quando comenta sobre as prioridades do setor de saúde:

[...] dessa forma, priorizam-se as ações individuais em detrimento das conjuntas em equipes. A clínica, restrita aos modelos tradicionais psicoterápicos, acaba muitas vezes tomando o lugar das ações integradas às equipes junto aos programas já implementados pela instituição [...]

Essa prática mais próxima da necessidade da saúde pública não se concretizará com a importação de modelos, nem tão pouco com a transposição de técnicas, mas somente com a elaboração de pesquisas fundamentando todo o processo, desde a elaboração de projetos até a avaliação dos mesmos.

4.1.7 Relato das atividades quanto à recuperação – prevenção – promoção

Ao tentarmos identificar as ações desenvolvidas e a articulação com os modelos de atenção preconizados pelo SUS – recuperação, prevenção, promoção, verificamos que esses conceitos, embora os profissionais tenham familiaridade com eles e muitas vezes os citem, de maneira espontânea, durante a entrevista, quando são solicitados a identificá-los entre suas práticas, não os descrevem com precisão:

Modalidade de Assistência	Relato	N	%
Psicoterapia Individual atinge a Recuperação	P4 "...que a gente atende a pessoa individualmente já com uma queixa::: já com um sintoma::: eu acho que isso fica mais pro curativo..."	9	64
Todas as atividades realizadas atingem as três modalidades	P2 "... olha na verdade eu acho que todas essas práticas alcançam em certa medida cada um desses aspectos..."	5	36
Grupos têm maior enfoque para a prevenção	P5 "...de prevenção eu acho que são os grupos é um trabalho preventivo..."	5	36
Grupos têm maior enfoque na promoção	P11 "...o trabalho em grupo... é:::... proporciona uma maior promoção e prevenção..."	5	36

Quadro 6 Descrição e porcentagem das atividades enquadradas pelas participantes, nas modalidades de atendimento – recuperação – prevenção - promoção

Mesmo que tenhamos identificado dificuldades para essa classificação, por parte das participantes, 9 (64%) declaram que a psicoterapia individual atinge a recuperação, evidenciando a presença de sintomas, o que parece mostrar que as ações desenvolvidas permanecem sendo realizadas, em sua maioria, no modelo curativo, ocupando um amplo espaço, na saúde pública, e deixando de investir nas ações coletivas, conforme é a proposta atual.

Quanto à prevenção e à promoção, ocorrem dúvidas concernentes aos objetivos e definições de cada modalidade, ou seja, algumas participantes vêem como muito próximos os dois modelos, não identificando a distinção. Ressaltam a ausência de sintomas como aspecto relacionado à prevenção e destacam as ações coletivas e necessidades da comunidade, quando se referem à promoção. De modo geral, observa-se uma tentativa de enquadramento das atividades, em cada modalidade, dentro da visão de cada participante.

A falta de conhecimento dos profissionais sobre os conceitos preconizados pelos SUS também acarreta problemas, nas práticas do psicólogo, porque o trabalho, na saúde pública, está centrado e dividido em três eixos principais: a recuperação, a prevenção e a promoção à saúde. Exatamente a falta de articulação do psicólogo com os termos, projetos e diferenciações de ações pode gerar um descompasso, provocando inúmeros prejuízos para a saúde pública, pois são práticas situadas aquém das necessidades da população, bem como pouco acrescentam na resolutividade das ações em saúde, conforme as perspectivas atuais.

Os dados coletados indicam que os participantes acreditam que diversas ações, tanto individuais como coletivas, podem atingir uma ou outra classificação, visto que os parâmetros para diferenciação entre as classificações na maioria das vezes não aparecem claros, portanto, não são considerados. Dentro da proposta de atendimento para o trabalho em saúde pública, Kerbauy (1987, p.52) afirma que

evidentemente, a nível de intervenção com o doente já há um trabalho tradicional como a avaliação psicológica e terapias em clínicas específicas. No entanto, poderia haver um acréscimo se considerarmos nossa população. Esse acréscimo, a nosso ver, seria na direção de auxiliar na consecução de objetivos pessoais e maneiras de promover mudanças de estilo de vida. Na realidade, muitos dos programas preventivos estariam centrados simplesmente

no ensino de cuidar-se, desde de hábitos mais simples até os mais sofisticados.

Apesar das diversas dúvidas apresentadas para a conceituação e a classificação nos modelos preconizados pelo SUS, a psicoterapia individual é destacada como atingindo a recuperação. Sendo estas as atividades mais realizadas, o serviço ainda permanece em seu modelo curativo. Por essa razão, defendemos que programas de educação em saúde objetivando a prevenção e a promoção devam ser consolidados, na atuação do psicólogo. A proposta mais favorável, no momento, talvez seja a educação permanente, uma alternativa valorizada e incentivada pelo Ministério da Saúde e contemplada nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Nesse documento, é enfatizado o processo de responsabilidade do profissional, com respeito às características da proposta. Quanto aos futuros profissionais, este déficit deveria ser suprimido durante a graduação, com propostas que preparem o graduando para uma inserção efetiva, nesse campo de atuação, voltado para as perspectivas atuais.

4.1.8 Relato de dificuldades na realização das atividades

Os dados para a análise desta categoria foram quantificados de acordo com as citações dos relatos, apontando as áreas de maior dificuldade. Notamos, no Gráfico 2, que a dificuldade mais relatada refere-se ao número insuficiente de profissionais psicólogos na rede. Este item diferencia-se dos outros, uma vez que os demais mantêm uma frequência menor de citações.

Foram também evidenciadas dificuldades em: espaço físico, trabalho em equipe, classe social da população atendida, escassez de materiais, desconhecimento do papel profissional.

Uma participante declarou que não tinha dificuldade. Os resultados completos deste item estão representados no Gráfico 2.

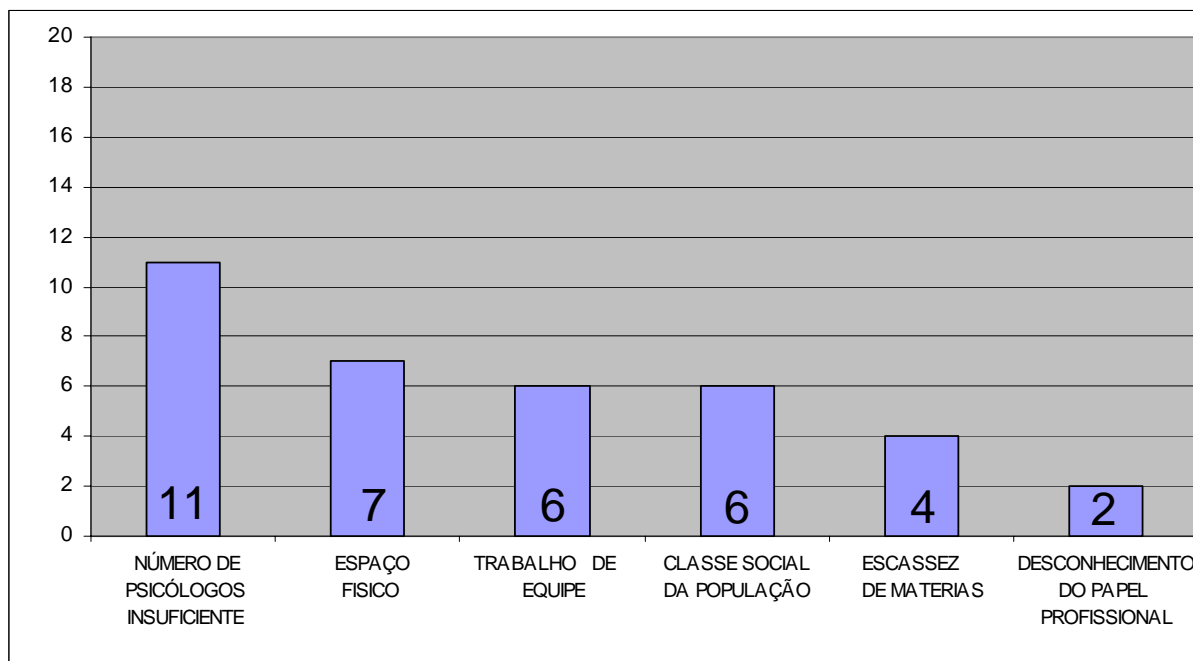


Gráfico 2 – Dificuldades relatadas na realização das atividades

A seguir, faremos uma descrição das definições apresentadas pelas participantes, bem como a frequência de cada uma delas.

Categoria	Definição e Freqüência Parcial	Freqüência Total
Número de Psicólogos Insuficientes	Aumento da demanda e falta de tempo (5) Número de psicólogos (2) Sobrecarga (2) Número de horas reduzidas em cada unidade (1) Falta de referência para encaminhar (1)	11
Espaço Físico	Ausência de sala fixa (5) Falta de espaços amplos para o atendimento de grupo (2)	7
Classe Social da População	Falta dos pacientes (2) Abandono (2) Resistência para o trabalho terapêutico (1) Classe social (1)	6
Trabalho em Equipe	Trabalho Multiprofissional (2) Visão da equipe (1) Falta de Condições para discussão de casos (1) Trabalhar com alguns profissionais(1) Sentir interada acolhida pela equipe(1)	6
Escassez de Materiais	Lúdicos (2) Pedagógicos (1) Testes Psicológicos (1)	4
Desconhecimento do Papel Profissional	Falta de definição do papel do psicólogo (1) Falhas do serviço (1)	2

Quadro 7 – Distribuição e freqüência das dificuldades relatadas pelas psicólogas

Podemos perceber que as dificuldades relatadas não estão restritas a áreas específicas, mas estão presentes nos eixos principais do trabalho, tais como: classe social da população, trabalho em equipe, desconhecimento do papel profissional.

Nas dificuldades apresentadas, temos como destaque o número de profissionais psicólogos insuficiente, acarretando problemas, como aumento da demanda e sobrecarga. Gostaríamos de ressaltar que, talvez, o número de profissionais seja insuficiente para as várias ações, embora este número seja bem maior do que nos anos anteriores; contudo, o modelo de atendimento individual seguido pelos psicólogos acentua essa carência, uma vez que são priorizados os

atendimentos individuais, ao invés dos coletivos, destacando-se, entre os vários prejuízos dessa prática, a visão limitada da equipe e dos usuários.

Outra dificuldade mencionada, a qual gostaríamos de salientar, é o item classe social da população atendida, em que os problemas indicados foram: falta dos pacientes, resistência para o trabalho terapêutico, abandono. A literatura pesquisada comprova que essas dificuldades apontadas pelos profissionais advêm da inadequação de sua formação para o trabalho, no setor, de seu modelo limitado de atuação profissional e de sua dificuldade em adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional, exigido pelo SUS. Silva (1992, p.33) considera que

[...] é freqüente observarmos justificativas quanto às impossibilidades ou os insucessos de trabalho com essa clientela, sem o questionamento de seu próprio modelo. Justifica-se a inadaptação ao modelo pela falta de capacidade de compreensão, de interesse e por fim pela incapacidade de beneficiar-se dos procedimentos oferecidos.

Outro fator é a transposição de técnicas e teorias para a clientela atendida, na saúde pública. Partindo-se do pressuposto de que esta compartilha da mesma visão de mundo e representações, acabam causando a problemática de abandonos, tendo relação direta com a incompatibilidade de projetos psicoterápicos, por estarem inseridos em diferentes contextos culturais e visões de mundo. Esta categoria foi indicada com a mesma freqüência de dificuldades que o trabalho em equipe.

Quanto ao desconhecimento do papel profissional, realça-se, como já mencionado anteriormente, a manutenção da visão do psicólogo clínico pela população e pela equipe, porém, este processo é reforçado pelo profissional, o qual mantém suas atividades mais centradas na Psicologia clínica, associada à falta de

conhecimento do papel do psicólogo da saúde. Ao abordar as dificuldades na atuação, Dimenstein (2001, p.59) afirma que

[...] os cursos de graduação tenderam claramente para formar um profissional que atualmente encontra dificuldade em superar as práticas cristalizadas (naturalização de práticas historicamente produzidas) e de adaptar-se às novas exigências de responsabilidade social, aos princípios da qualidade, da ética e da cidadania, postos especialmente pelo setor saúde.

Como sugestão para este impasse, temos o treinamento do acadêmico durante a graduação, que poderia ocorrer por meio de estágios e vivências da prática, fundamentados efetivamente em aportes teóricos que sustentem a real necessidade da saúde pública, com técnicas aplicáveis e com olhar voltado para os resultados. Poderiam também, ser criados programas de aprimoramento profissional, este recurso já é utilizado desde 1979 pelo Programa de aprimoramento profissional – FUNDAP, sendo aprovado por um decreto estadual onde as instituições públicas estaduais podem ser conveniadas. Este programa de aprimoramento profissional foi fundado com os objetivos de complementar a formação universitária perante a prática profissional para conteúdos que não foram contemplados durante a graduação, viabilizar a formação universitária referente a prestação de serviços de saúde voltados às necessidades da população, desenvolver a visão crítica dos profissionais de saúde para uma construção do Sistema Único de Saúde orientando para a melhoria da qualidade de vida da população. Sendo este um programa efetivo poderia fornecer aprimoramento com subsídios fundamentais para a atuação profissional, os quais aplicassem os conceitos da Psicologia da saúde, não apenas restritos à saúde mental.

4.1.9 Fatores considerados como favoráveis à prática

Os dados foram quantificados de acordo com as citações nas falas das participantes, que apresentaram os elementos considerados favoráveis para a organização do trabalho. A classificação dos dados entendidos como favoráveis à prática ficou assim estabelecida: recursos individuais, recursos com terceiros, motivação pessoal, educação continuada, graduação, experiência anterior, psicoterapia. O tópico de maior destaque para a organização do trabalho referiu-se aos recursos individuais, por número de menções, conforme pode ser visualizado no Gráfico 3.

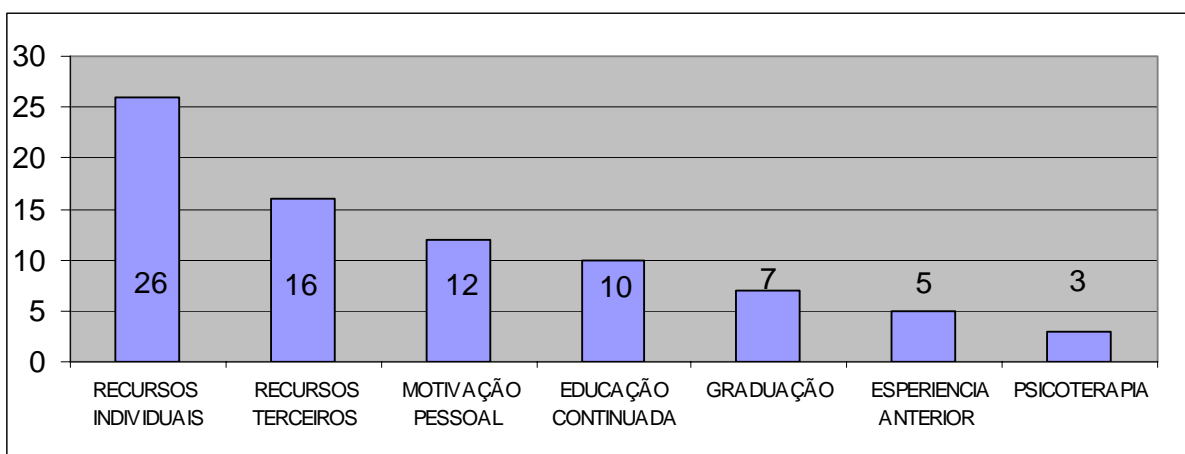


Gráfico 3 Relatos de aspectos favoráveis à prática

Para especificar cada categoria, demonstraremos, a seguir, a definição e a frequência de cada uma.

Categoria	Definição e Frequência	Frequência Total
Recursos Individuais	Estudos (7) Cursos (4) Leituras (2) Supervisões (2) Buscando (2) Adquirindo experiência (2) Buscando material (1) Testando (1) Pesquisando (1) Ensaio e erro (1) Na prática (1) Se atualizar (1) Busca da teoria (1)	26
Recursos com Terceiros	Com as colegas (3) Pessoas que já estavam no serviço (2) Reuniões com psicólogas (2) Contratação de mais psicólogas (1) Discutindo (1) A chefe da unidade (1) Pedir ajuda (1) Companheirismo dos profissionais (1) O trabalho em equipe (1) Orientação da equipe (1) Reuniões de equipe (1) Discutir a prática (1)	16
Motivação Pessoal	Gostar do que faz (3) Querer Buscar (2) Persistência (1) Conhecer coisas novas (1) Desejo de fazer um trabalho legal (1) Vontade de estar fazendo o melhor (1) Formação Pessoal (1) Motivação pessoal (1) Tentando (1)	12
Educação Continuada	Capacitações (4) Pós-graduação (2) Especializações (2) Aprimoramento (1) Treinamento específico (1)	10
Graduação	A formação (2) Adaptação do que aprendeu na Faculdade (1) Juntando a teoria e adaptando à saúde pública (1) Algumas disciplinas (1) Todas as disciplinas (1) A teoria de formação (1)	7
Experiência Anterior	Hospitais (2) Voluntário (1) Instituições (1) Consultório (1)	5
Psicoterapia Pessoal	Realização da psicoterapia pessoal (3)	3

Quadro 8 – Categoria e frequência dos fatores considerados como favoráveis à prática relatados pelas psicólogas

Os dois fatores de maior evidência mostram a busca dos profissionais para a construção do trabalho, utilizando recursos próprios, juntamente com auxílio de terceiros, para essa organização.

Houve um destaque para os recursos individuais, rótulo dado em virtude de serem estratégias que dependiam exclusivamente da participante. Isto demonstra a procura por algo específico, na área, talvez pela falta da abordagem na graduação, bem como pela ausência de padronizações do próprio serviço.

Nas outras categorias, embora o número de citações tenha ficado bem abaixo, estes relacionam-se a recursos utilizados pelas participantes para a organização do trabalho. O recurso com terceiros realça o contato com outras pessoas que colaboraram nessa construção, assim como o próprio grupo de psicólogos da rede básica, que realizam reuniões de equipe, em busca dessa organização. Esta categoria ficou em segundo lugar, entre os recursos mais empregados. O terceiro aspecto mais citado foi classificado como motivação pessoal, em que podemos observar a busca de identificação profissional; frases do tipo “gostar do que faz”, “vontade de estar fazendo o melhor” atestam a importância do profissional estar motivado para essa organização, sendo um fator favorável para a prática. Na categoria educação continuada, podemos constatar a busca pelas capacitações como estratégia para a organização da rotina, podendo supor que isso ocorra em função da ausência de conteúdos específicos para tal prática, durante a graduação (foi a quarta ação mais citada).

A graduação foi identificada pelos participantes como a quinta categoria que favoreceu a organização do serviço e, conseqüentemente, a prática. Notamos uma baixa frequência (7) participantes, o que leva a concluir pela ausência de conteúdos específicos para a atuação na saúde pública, resultando, conforme os

relatos das participantes, na transposição de técnicas e teorias, adaptações do que foi oferecido durante a graduação para a prática na saúde pública.

Algumas participantes apontaram a experiência anterior como um fator contribuinte para a organização, sendo a sexta categoria mais citada. Neste ponto, notamos a utilização de experiências vinculadas à saúde, como em hospitais e trabalho voluntário, como também experiências diversas, que acabaram favorecendo, seja em instituições, seja na própria experiência do consultório. De um modo geral, os relatos desta categoria parecem valorizar a parte prática, porém, novamente retratam que a falta de disciplinas específicas, quer teóricas, quer práticas, acaba por gerar, no profissional, a necessidade de realizar a transposição de algumas ações que são efetivas, em locais específicos, para outros locais em que nem sempre apresentam êxito. Quanto a este tópico, Dimenstein (2000, p.107) declara que

o modelo clínico de atuação privada hegemônico entre os psicólogos – a psicoterapia individual de base psicanalítica – é geralmente transportado para o setor público, tanto para postos, centros e ambulatórios de saúde, independentemente dos objetivos dos mesmos e da população neles atendidas, tendo algumas conseqüências importantes, entre as quais destaco:

- a. Conflito com as representações de Pessoa, saúde e doença, corpo, próprias aos usuários das instituições públicas de saúde;
- b. Baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos;
- c. Seleção e hierarquização da clientela;
- d. Psicologização de problemas sociais.

A presença do modelo clínico se verifica, mais uma vez, na valorização das participantes pela realização de psicoterapia pessoal, categoria que foi valorizada como algo que auxilia no processo da organização do trabalho, de modo que o fato de ser um profissional inserido nessa área pode ser acometido de frustrações e a terapia pode contribuir para a amenização ou para a resolução das

mesmas; esta categoria ficou em sétima posição, entre os recursos que mais colaboraram para a organização da prática.

4.1.10 Atributos e conhecimentos necessários para a prática na saúde pública

4.1.10.1 Atributos necessários

Dando enfoque aos atributos pertinentes e/ou fundamentais para o exercício da profissão, na saúde pública, realizamos uma investigação acerca daqueles que se fariam necessários, na visão das participantes. No entanto, observamos que as mesmas tiveram dificuldades para a classificação das habilidades, de maneira que os relatos apresentaram uma diversidade de respostas e apenas com um exame específico foi possível o agrupamento das mesmas. Nesse enquadramento, observamos não poder considerar as nomenclaturas das participantes como habilidades, porque as mesmas não são condizentes com o significado da palavra; todavia, por tratar-se de um dado importante, entendemos que as falas podem ser relacionadas à palavra *atributo*, uma vez que se referem a uma qualidade para a realização do trabalho na saúde pública. Tais atributos foram classificados como: pessoais, educação continuada, trabalho em equipe, visão ampla, estar dentro da realidade, havendo uma prevalência de citações quanto aos atributos pessoais, conforme se pode ver no Gráfico 4.

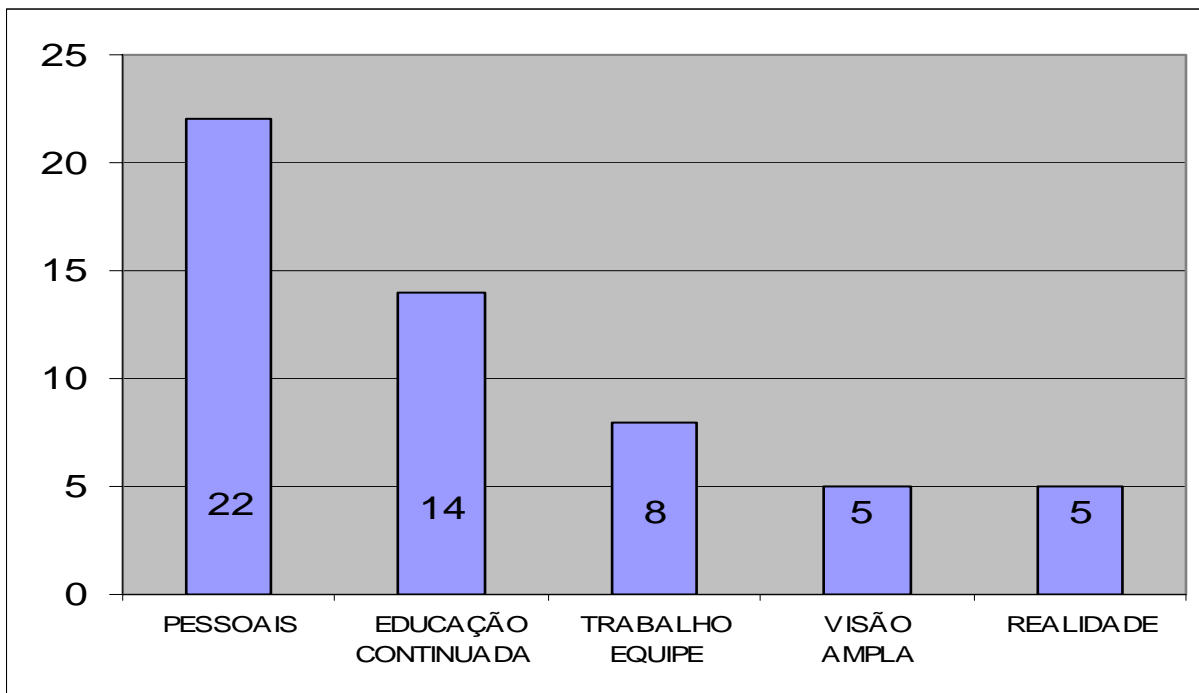


Gráfico 4 – Atributos necessários para a prática na saúde pública

Os atributos pessoais foram os mais citados e, mediante tais relatos, notamos a busca informal e restrita no que concerne à adequação da prática para o setor de saúde. Seguem definições, categorias e frequências de cada um deles.

Categoria	Definição e Freqüência Parcial	Freqüência Total
Pessoais	Empatia (4) Flexibilidade (2) Não ter discriminação (2) Gostar do que faz (2) Saber ouvir (2) Estar aberto a mudanças (2) Bom senso (1) Gostar de estar com pessoas (1) Tolerar frustrações (1) Disposição (1) Fazer psicoterapia (1) Estar inteiro ser verdadeiro (1) Querer (1) Se sensibilizar com o problema do outro (1)	22
Educação Continuada	Buscar novos cursos (2) Dinâmica de grupo (1) Buscar conhecimentos (1) Ética (1) Investir da formação (1) Estar se atualizando (1) Estudar (1) Estudar novos conhecimentos (1) Ter suporte técnico e teórico (1) Rever sua questão teórica (1) Muito manuseio (1) Entender mais sobre patologias (1) Supervisão (1)	14
Trabalho em Equipe	Necessidade de trabalhar em equipe (2) Olhar da equipe estar integrado (1) Ter boa relação com a equipe (1) Aprender um pouquinho das outras áreas (1) Trocar idéias (1) Saber articular o que a pessoa precisa com as outras áreas (1) Trabalho em grupo (1)	8
Visão Ampla	Visão Ampla (5)	5
Conhecer a Realidade	Ver o que é prioridade (1) Abranger a necessidade do serviço (1) Perceber a real necessidade da pessoa (1) Ter disponibilidade de trabalhar com a população (1) Estar dentro da realidade (1)	5

Quadro 9 – Categoria e freqüência dos atributos indicados pelas participantes como necessários para realização da prática

Como não foi possível, através dos relatos das participantes, conhecer as habilidades necessárias, realizamos uma análise dos atributos apontados por elas; os mais citados foram os pessoais, destacando-se entre as categorias identificadas.

Apontados como indispensáveis à prática, estes nos revelam a necessidade de qualidades pessoais para a identificação de seu papel profissional, indicando também um discreto movimento para a necessidade de mudanças para a prática, em saúde pública, ou seja, independentemente de onde o profissional esteja exercendo suas funções, ocorre a necessidade de desenvolvimento de atributos pessoais, para o enquadramento das ações.

Mencionados em segundo lugar, temos, na categoria de educação continuada, ressaltado o desenvolvimento de atributos específicos para essa área, talvez como uma estratégia para a melhor conduta profissional, assim como o investimento em ações diferenciadas para o trabalho em saúde pública, que, sem dúvida, não pode ser analisado como fato isolado, mas que deva ser seguido pelos aportes teóricos na formação.

O trabalho em equipe foi o terceiro atributo apontado como necessário; nesta categoria, podemos verificar a importância de a equipe ter um olhar integrado e de haver a troca de saberes. Com esse mesmo enfoque, Kerbauy (1987, P.51) relata que, “[...]independente da área de atuação, o psicólogo deveria participar em equipe e programas de avaliação do trabalho realizado”. Sobre a necessidade de articulação para trabalhar em equipe, Silva (1992, p.38) refere que é importante ao profissional

[...] articular seus conhecimentos aos demais integrantes da equipe, recobrando, assim, a idéia de trabalho socialmente articulado. Isso significa saber trabalhar em equipe interprofissional, com objetivos socialmente apreendidos e articulados em direção à melhoria coletiva.

Quanto aos atributos relacionados como ter visão ampla e estar dentro da realidade, ambos foram apontados igualmente. Nesse caso, percebemos a

preocupação do profissional em trabalhar inserido na realidade do usuário e dando ênfase ao contexto geral de saúde, o que foi comentado anteriormente por Seidl e Costa Junior (1999), em uma de suas obras, na qual enfatizam que a Psicologia da Saúde não deve restringir suas práticas ao modelo clínico tradicional, em virtude dos imensos desafios no setor.

Por tratar-se de uma atuação específica, inserida em um amplo campo de trabalho, acreditamos que exista a necessidade de habilidades específicas para um melhor desempenho; dessa forma, na literatura pesquisada, tratando-se de habilidades e competências, Seidl e Costa Junior (1999, p.27) assim se manifestam:

[...] entre as competências gerais dos psicólogos que atuam em saúde, incluem-se, prioritariamente, a pesquisa científica no campo da saúde, geradora de conhecimento da área, assim como as intervenções profissionais em situações de risco, ou crise relacionadas a diferentes problemas de saúde. Cumpre ressaltar, entretanto, que essas competências gerais não esgotam a imensa variabilidade de atividades científicas e profissionais das quais os psicólogos na área da saúde podem dispor [...]

Com respeito à problemática da formação das habilidades, Dimenstein (1998, p.76) ressalta que

[...] o contexto atual dos serviços públicos de saúde requer novas habilidades dos profissionais e a universidade continua formando profissionais despreparados para atuar nesse campo.

O desenvolvimento de habilidades específicas para uma determinada área de atuação é visto como fundamental, para uma prática efetiva, sendo este um meio de valorização para as especificidades dos setores, favorecimento de produção de conhecimentos e enquadramento de práticas apropriadas para o setor.

4.1.10.2 Conhecimentos necessários

Quanto à investigação acerca dos conhecimentos necessários para a prática, em saúde pública, o Gráfico 5 permite observar que o maior número de citações relaciona-se aos conhecimentos de teorias, técnicas e práticas, seguidos, por uma diferença pequena, dos conhecimentos da realidade. Foi possível identificar, também, como indispensáveis: o conhecimento da saúde pública, o conhecimento do trabalho em equipe e o conhecimento da função do psicólogo.

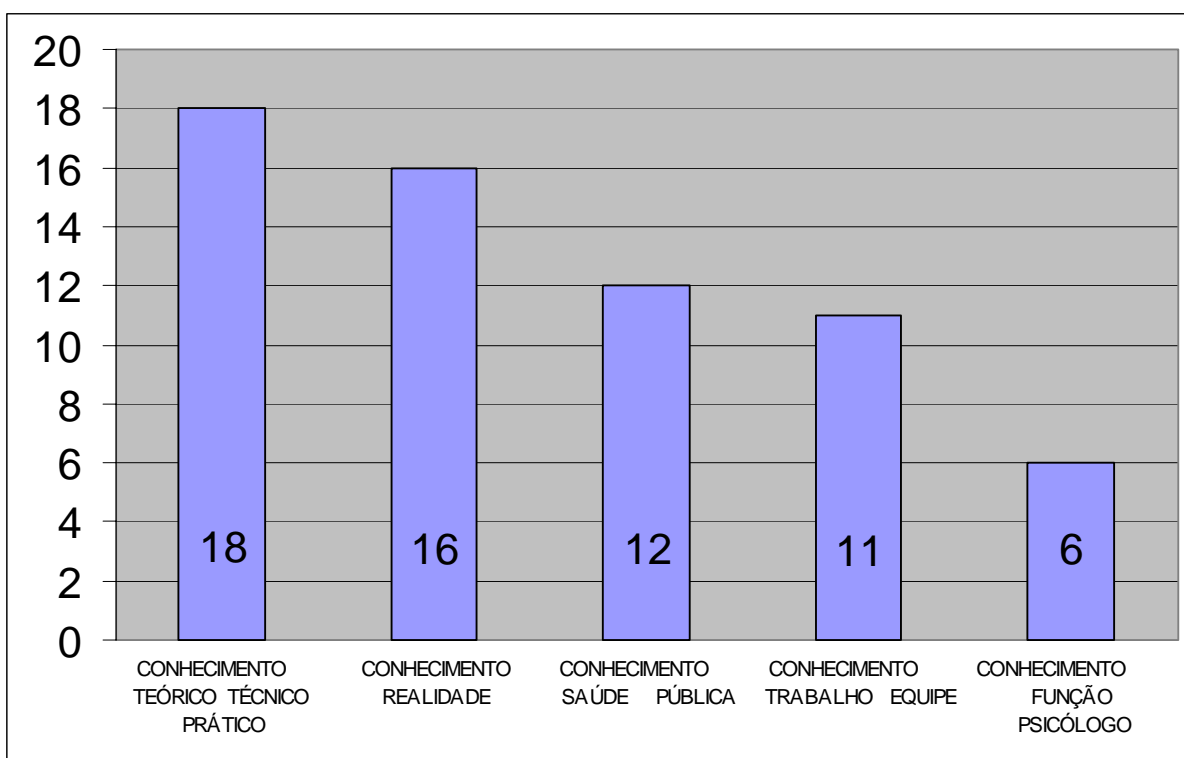


Gráfico 5 – Conhecimentos necessários para a prática na saúde pública

Os conhecimentos relatados como indispensáveis permeiam pelos eixos principais do trabalho em saúde, de sorte que o foco no conhecimento técnico, teórico e prático específico reforça o item anterior, quanto aos atributos necessários, no qual os mesmos foram valorizados como fundamentais.

Categoria	Definição e Frequência Parcial	Frequência Total
Conhecimento Teórico/Técnico/Prático	Teoria (3) Ter feito uma boa graduação (3) Psicoterapia de grupo (2) Funcionamento do ser humano (1) Psicoterapia Breve (1) Ter convicção de suas técnicas e práticas (1) Seguir uma teoria e misturar (1) Estudar novas teorias (1) Saber o que esta fazendo (1) Aprofundar na avaliação psicológica (1) Ser humano (1) Teoria da psicodinâmica (1) Um pouco de clínica (1)	18
Conhecimento da Realidade	Cultura (2) População (1) Comunidade (1) Realidade de cada espaço (1) Normas da comunidade (1) Funcionamento da sociedade (1) Sair dos patamares (1) Tentar interagir (1) Realidade da vida (1) Realidade da população (1) Recursos da comunidade (1) Religiões (1) Condições econômicas (1) Entidades existentes (1) O que o município oferece (1)	16
Conhecimento da Saúde Pública	Princípios do SUS (2) Instituição (2) Programa (1) Regimentos em Saúde Pública (1) Sistema (1) Saúde (1) Leis (1) Doença (1) Saúde pública (1) Conceito de saúde (1)	12
Conhecimento Trabalho em Equipe	Trabalho em equipe (3) Equipe (2) Relações humanas (1) Relações pessoais (1) Relações de trabalho (1) Ter bom relacionamento multiprofissional (1) Teoria da interdisciplinaridade (1) Funcionamento da equipe (1)	11
Conhecimento da Função do Psicólogo	O que faz parte do seu trabalho (3) Saber qual a sua função (1) Ter afinidade com o trabalho (1) Conhecer o trabalho técnico (1)	6

Quadro 10 - Distribuição e frequência dos conhecimentos indicados pelas participantes como necessários para realização da prática.

Acreditamos que algumas áreas deveriam ter conhecimentos específicos que favoreçam as ações realizadas. Uma vez que a análise dos dados mostra que as participantes consideram os conhecimentos teóricos, técnicos e práticos como os mais necessários, podemos entender a valorização do referencial teórico para seguimento das ações, conforme Gioia-Martins e Rocha-Junior (2001, p.37), os quais defendem que

[...] a psicologia da saúde, construindo um novo saber, irá apresentar uma nova perspectiva para a prática clínica. Entretanto, vale enfatizar que a passagem para a consideração do contexto biopsicossocial tem de vir acompanhada por práticas clínicas e referenciais teóricos que a sustentem.

Em segundo lugar, temos o conhecimento da realidade, este visto como fator importantíssimo para a elaboração de estratégias. Em terceiro lugar, foi citado o conhecimento da saúde pública, seus regimentos, conceitos e princípios. Em quarto lugar, o trabalho em equipe, que já foi destacado anteriormente, o que vem reforçando a necessidade de elaboração de programas e busca de teorias que sustentem essa prática com seriedade. Defendemos que o conhecimento quanto à função do psicólogo, embora tenha sido o quinto aspecto, em número de citações, deve ser considerado fundamental para a construção das ações, conforme sublinhado por Gioia-Martins e Rocha-Junior (2001, p. 36):

[...] a psicologia da saúde surge então da necessidade de promover e de pensar o processo saúde/doença como um fenômeno social. Além disso, os crescentes custos dos serviços de saúde têm colocado em evidência a importância da educação sobre práticas saudáveis e políticas de prevenção que permitem uma intervenção global, aumento dos índices de adesão a tratamentos e redução do impacto da doença sobre o funcionamento global do indivíduo.

4.1.11 Considerações sobre a formação do psicólogo

Buscou-se também verificar a formação acadêmica dos psicólogos que atuam na rede básica de atenção à saúde, procurando identificar disciplinas cursadas durante a formação que abordem conteúdos específicos para o trabalho na saúde pública. Neste tema, foram investigados dois pontos: no primeiro, a presença de disciplina na graduação e, no segundo, sugestões das participantes para a graduação.

4.1.11.1 Presença da disciplina na graduação

Os dados parecem mostrar a inexistência de formação específica para a inserção do psicólogo, na saúde pública, como pode ser visto no Quadro 11, pois nenhum psicólogo relatou que tenha cursado, durante a graduação, uma disciplina orientada para essa atuação. Disciplinas como Psicologia comunitária e Psicologia social foram apontadas como envolvendo conteúdos que colaboram com a atuação. É possível supor que essas disciplinas tenham realmente contribuído, por estarem mais próximas da realidade da saúde pública, possivelmente incluindo conteúdos de ações coletivas. No entanto, novas investigações seriam necessárias para esclarecer quais foram efetivamente essas contribuições. As outras disciplinas citadas: Clínica, Psicologia infantil, entre outras, provavelmente tenham sido valorizadas, já que ocorre a transposição do modelo aprendido para a prática na saúde pública.

Notamos que a ausência de disciplina teórica com conceitos específicos é o ponto mais evidente, (14) 100% das participantes referem que não tiveram disciplinas que contemplasse a saúde pública. Outro dado que igualmente nos chama a atenção é a ausência de práticas, durante a graduação, uma vez que apenas uma participante refere ter desenvolvido estágio em Psicologia hospitalar. Algumas participantes (4) porém, conseguem identificar na graduação disciplinas que apesar de não contemplarem a saúde pública colaboraram para a atuação da mesma, de acordo com os dados:

Disciplinas que colaboraram para a atuação na saúde	Nº de Participante que refere a disciplina	%
Psicologia Social (2) Clínica (1) Psicologia Infantil (1) Psicologia Comunitária (1) Psicopatologia (1) Dinâmica de grupo (1)	4	29
Estágio em Psicologia Hospitalar	1	7

Quadro 11 - Distribuição das disciplinas cursadas na graduação que colaboraram para a atuação em saúde relatado pelas psicólogas

Ao analisarmos a formação recebida pelas participantes, durante a graduação em Psicologia, observamos que nenhuma obteve formação específica para o trabalho em saúde pública, como também não cursaram disciplinas que contemplassem os conteúdos mínimos. Essa já era uma preocupação de muitos autores que se dedicaram a estudar a formação de Psicologia para a saúde pública, como Miyazaki (2002, p.45), a qual afirma que

[...] os cursos de graduação ainda não desenvolvem no aluno um repertório profissional compatível com as necessidades da área. Como a competência profissional é fundamental para atender às necessidades dos usuários do sistema de saúde, para oferecer serviços efetivos de extensão à comunidades e para realizar pesquisas que possibilitem o desenvolvimento da área, a preocupação com a formação profissional é fundamental.

Bastos (1990, p.39) alerta para a manutenção do modelo tradicional, dizendo: “[...] O modelo de profissional colocado no mercado pelas instituições formadoras é além de bastante homogêneo, tradicional [...], enquanto Dimenstein (1998) acrescenta que esse modelo, além de tradicional, é direcionado para a classe média, sendo aplicado à população que frequenta as unidades de saúde de forma equivocada; defende o questionamento das formas instituídas de trabalho, as quais funcionam como um instrumento de poder e controle social. Spink, em uma de suas obras, ressalta a necessidade de desenvolvimento da Psicologia, na saúde pública, destacando alguns problemas:

[...] o predomínio do modelo psicodinâmico no ensino da Psicologia no nível da graduação, com ênfase nas aplicações clínicas na área de saúde mental e total ausência das temáticas relacionadas à saúde pública. Embora a Psicologia ocupe um lugar de relevo entre as profissões de saúde que apóiam a prática médica – seja pelo número de profissionais aí engajados ou pela especificidade de sua contribuição – o contexto de sua atuação, isto é, a organização dos serviços de saúde, é totalmente ignorado nos cursos básicos”. (SPINK, 1992, p. 16).

Gioia-Martins e Rocha-Júnior (2001, p.40), por sua vez, sugerem uma formação para além desses modelos tradicionais,

para romper a barreira tradicional, a saída é uma formação adequada, que habilite o profissional a realizar uma análise crítica da realidade brasileira, que o capacite a detectar alternativas de intervenção, ser capaz de acompanhar e responder às demandas sociais e políticas para melhoria da qualidade de vida.

Nesse novo contexto da inserção do profissional, na área de saúde, Kerbauy (1987) deixa sua contribuição concernente aos parâmetros de formação, explicitando que é fundamental o planejamento de currículos, supervisão, seminários para os profissionais atuarem em equipe. Estes espaços favorecem a discussão dos membros, bem como a apresentação dos dados obtidos propiciando a troca entre os mesmos.

Essa afirmação, além do enfoque sobre a formação, em seu contexto geral, especifica a problemática no ensino para o trabalho em equipe, que, por sua vez, foi evidenciada nos dados e discussões apresentados em tópicos anteriores desta pesquisa.

4.1.11.2 Sugestões para a graduação

Quando solicitados a dar sugestões para a graduação, que pudessem contribuir com a formação específica para a prática na saúde pública, todas as participantes indicaram a inclusão de disciplinas específicas, durante esse período, bem como a prática nessa área. Em termos percentuais, verificamos que 100% reconhecem a importância de disciplinas, na graduação, enquanto 36% valorizam também a prática, por meio do estágio durante a graduação, conforme quadro a seguir.

Nome da Disciplina Sugerida Para a Graduação	N	%
Sistema familiar (2)	14	100
Trabalho interdisciplinar e multidisciplinar (2)		
Saúde pública (2)		
Educação em saúde pública (1)		
Ética na saúde pública (1)		
Aprendizagem escolar (1)		
Tema que abrangesse mais a saúde (1)		
Programa básico do SUS (1)		
Teoria ou técnica que se adapte com a realidade (1)		
Política de saúde pública (1)		
Saúde coletiva (1)		
Trabalho em grupo (1)		
Psicoterapia breve (1)		
Pesquisas quanto à necessidade da população (1)		
Epidemiologia (1)		
Inclusão de disciplinas (1)	5	36
Psicossomática (1)		
Reconhecem a importância de estágio na graduação, porém sem referir nomes		

Quadro 12 - Distribuição das disciplinas sugeridas para a graduação em Psicologia relatadas pelas psicólogas

Esses dados, colhidos por meio de uma pergunta direta e específica, destacam a graduação como parte importante no processo de formação, assim como informações obtidas em outras questões, já relatadas anteriormente.

A ausência de conteúdos específicos, na formação, aponta para os temas discutidos em partes precedentes desta pesquisa: na organização da prática, a formação foi dada como contribuinte, porém, com poucas citações; na investigação dos atributos e conhecimentos, estas categorias destacaram-se. Tais informações parecem indicar a necessidade de conteúdos específicos para o trabalho na saúde pública, que poderiam ter sido abordados na graduação.

As participantes demonstram conhecer essa problemática, uma vez que, ao apresentarem sugestões para a graduação, sugerem exatamente a inclusão de

disciplinas específicas, conforme descrito no Quadro 12, como educação e saúde pública, política de saúde pública, saúde coletiva, entre outras, demonstrando entendimento da necessidade de disciplinas que contemplem conteúdos específicos para essa atuação. Entendemos que é nesta perspectiva que deveríamos avançar, tendo em vista que os profissionais que estão na prática reconhecem um déficit na graduação, que não pressupõe uma atuação condizente, na saúde. As sugestões das participantes, bem como a literatura consultada, sugerem a elaboração de programas que efetivamente capacitem os futuros profissionais para a prática nesse setor, além do desenvolvimento de pesquisas que indiquem caminhos para a aplicação da Psicologia, na saúde pública.

Algumas, porém, conseguem avançar, demonstrando a importância de vivenciar a prática, durante a graduação, por meio de estágios. Portanto, se quisermos progredir para uma atuação de maior impacto, consistente e centrada em ações efetivas, na Psicologia da Saúde, a graduação deve ser vista como uma base fundamental.

4.2 Análise de documentos

4.2.1 Análise das matrizes curriculares

Conforme os dados coletados junto ao Ministério da Educação, com informações sobre os cursos de graduação em Psicologia, no Estado de São Paulo, constatamos a existência de 55 (cinquenta e cinco) instituições formadoras, entre universidades e faculdades, sendo 8 (15%) públicas e 47 (85%) privadas. Obtivemos um total de trinta e oito matrizes, perfazendo 69% das instituições formadoras

paulistas. Para realizarmos uma análise quantitativa desses materiais, nosso critério consistiu em selecionar todas as disciplinas constantes, nas matrizes curriculares, em que estivesse contemplada a palavra *saúde*, em sua nomenclatura. Essa seleção se fez necessária, pelo fato de que este trabalho investigou as práticas do psicólogo na saúde pública, bem como a sua formação para esse campo de atuação.

Das 38 Instituições Formadoras 12 não oferecem disciplinas que contemplem a palavra saúde em sua nomenclatura, sendo 1 pública e 11 privadas. Das que oferecem, estas encontram-se em caráter regular ou optativa, segue a apresentação das disciplinas regulares oferecidas pelas instituições formadoras, bem como sua frequência, no Quadro 13.

Disciplinas Regulares Oferecidas Pelas Instituições Formadoras	Instituição Formadora		Frequência
	Pública N=4	Privada N=22	
Psicologia da Saúde	00	07	07
Trabalho e Saúde Mental	00	03	03
Saúde e Trabalho	00	02	02
Saúde Mental e Saúde Pública	01	01	02
Psicologia e Saúde	00	02	02
Psicologia da Saúde e o Trabalho com Grupos	00	01	01
Estatística Aplicada à Saúde	00	01	01
Saúde do Trabalhador	00	01	01
Organização do Trabalho e Saúde do Trabalhador	01	00	01
Abordagem Psicossocial do Trabalho em Saúde	01	00	01
Psicologia da Comunicação e Saúde	00	01	01
Psicologia Aplicada à Administração de Serviços de Saúde	00	01	01
Seminário – Problemas de Saúde	00	01	01
Psicologia Comunitária e Saúde Coletiva	00	01	01
Psicologia da Saúde e Intervenção Hospitalar	00	01	01
Psicologia Educação e Saúde	00	01	01
Introdução à Psicologia da Saúde	01	00	01
Tópicos Especiais em Saúde	01	00	01
Psicologia Clínica Voltada às Instituições de Saúde	00	01	01
Temas Transversais em Saúde	00	01	01
Saúde Pública e Preventiva	00	01	01
Teoria e Prática do Psicólogo na Saúde	00	01	01
Psicologia Aplicada à Saúde Pública	00	01	01
Psicologia Comunitária e da Saúde	01	00	01
Políticas Públicas de Saúde e Educação	00	01	01
Políticas Públicas de Saúde Mental	00	01	01
Práticas Clínicas e Psicologia da Saúde	00	01	01
Supervisão em Psicologia Comunitária e da Saúde	00	01	01
Saúde Coletiva: Pressupostos para a Prática Profissional	00	01	01
Saúde Mental	00	01	01
Atenção à Saúde em Instituição	00	01	01
Atenção Primária em saúde	00	01	01
Saúde mental e Contemporaneidade	00	01	01
Total	06	38	44

Quadro 13 – Distribuição e frequência de disciplinas regulares oferecidas pelas instituições formadoras que contemplam em sua nomenclatura a palavra saúde

Desse modo, dentre as trinta e oito instituições formadoras que participaram do estudo, vinte e cinco (66%) incluem, em suas matrizes, disciplinas regulares que contemplam a palavra *saúde*, em sua nomenclatura. Entre estas, duas, além das disciplinas regulares, oferecem também disciplinas optativas. Doze (32%) não oferecem nenhuma disciplina que, em sua nomenclatura, contenha a palavra *saúde*. Uma instituição formadora oferece uma disciplina apenas na condição de optativa. O número de disciplinas disponibilizadas por cada instituição variou entre uma e cinco, ou seja, algumas instituições formadoras oferecem até cinco disciplinas que trazem a palavra *saúde*, em seu título, enquanto outras oferecem apenas uma.

Os dados revelam que 66% das instituições formadoras participantes deste estudo têm, em seu currículo, disciplinas que tenham a palavra *saúde*, em sua nomenclatura, de modo que provavelmente abordem conteúdos para tal prática. Na literatura pesquisada, Gioia-Martins e Rocha Junior (2001, p.40), enfatizam a importância de que os cursos de graduação abordem a Psicologia da Saúde e vêem esse fato como um passo inicial para a expansão da formação profissional:

[...] os cursos de graduação estão assumindo não só o papel de informar sobre a psicologia da saúde, mas também o de despertar o interesse do acadêmico para este caminho da psicologia.

Concordamos com esses autores, porque é importante o olhar das instituições formadoras para as novas tendências do mercado profissional. Esse investimento é urgente, porque está indicada, nas diretrizes curriculares nacionais, a formação para essa área de atuação, bem como porque é notório o aumento do número de contratações do psicólogo, na área da saúde pública, mostrando a relevância dessa atuação, que deveria ser mais qualificada. Esse fato vem reforçar o que já foi mencionado, neste estudo, quanto à prática precedendo a teoria.

A análise baseada na nomenclatura das disciplinas justifica-se em vista de este estudo ter como objetivo realizar uma investigação geral da formação do psicólogo para a atuação. Tal exame leva a supor que algumas disciplinas abordam conteúdos mínimos para o contexto geral de saúde, o que pôde ser verificado com o exame dos nomes que identificam a saúde, em sua amplitude, como: Psicologia da Saúde, saúde do trabalhador, saúde pública, atenção primária em saúde, políticas públicas de saúde, entre outras.

Porém, algumas instituições formadoras (6, na verdade) oferecem disciplinas voltadas apenas para a saúde mental. Sobre esse fato, Kerbauy (2002, p.15) esclarece:

[...] embora possa ser importante distinguir saúde mental e física, a psicologia da saúde focaliza principalmente os aspectos físicos da saúde e doença e os modelos empregados na saúde mental nem sempre são os mais indicados [...]

Dessa maneira, concordamos com Seidl e Costa Júnior (1999), que entendem como desafio modificar essa tendência à concentração de atuação dos psicólogos no nível terciário de atenção à saúde, ficando ligados a programas de saúde mental e realizando atividades basicamente em hospitais psiquiátricos e ambulatorios. Spink (1992) também argumenta que essa prática subordinada à psiquiatria, com enfoque predominante na internação e medicação, era uma das restrições da Psicologia, visto que a mesma ficava limitada a duas dimensões, sendo a primeira as atividades autônomas, e a segunda, com o foco principal do profissional na saúde mental. A esse respeito, Silva (1992, p.25) lembra que as discussões anteriores acerca da Psicologia centravam-se nas ações em saúde mental quase que exclusivamente e comenta que “[...] é, portanto, muito inicial a percepção de que os componentes da área de Saúde Mental são, antes de tudo,

profissionais de saúde e como tal devem se integrar às ações de saúde em geral [...]”.

Embora entendamos que algumas disciplinas que não contemplam a palavra *saúde* possam oferecer subsídios para a prática, nesse campo, sendo este fato também relatado pelas entrevistadas, não podemos nos basear apenas nos conteúdos que contribuem de forma indireta. A busca de conteúdos específicos é apoiada por dados abordados na etapa inicial deste estudo, primeiramente em função dos problemas já apresentados, de que grande parte se relacionava à falta de base técnica e teórica para o trabalho na saúde pública e, em segundo lugar, porque o crescente número de profissionais psicólogos, na área de saúde, aponta para uma graduação mínima, por meio da qual o acadêmico possa estar preparado para esse mercado.

Esta também é uma preocupação do Conselho Federal de Psicologia, cujas estratégias para isso incluíram a criação de um Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, lançado no ano de 2005, com o objetivo principal de facilitar o acesso da população que frequenta os serviços públicos para o atendimento em Psicologia, segundo Oliveira (2005, p.3):

[...] os milhares de psicólogos que se formam todos os dias e os milhões de brasileiros que necessitam de acesso a certas políticas públicas representam uma questão de suma importância para nós, psicólogos: não podemos trabalhar às cegas [...]

Temos a mesma opinião que o autor, quanto à circunstância de que os atendimentos realizados, nos serviços de saúde, necessitam de técnicas e teorias específicas, com as quais esse Centro de Referência irá certamente colaborar.

Segue apresentação dos dados coletados, nos quais ficam evidenciadas as disciplinas oferecidas pelas instituições formadoras de caráter optativo.

Disciplina Optativa Oferecida pelas Instituições Formadoras	Instituição Formadora		Frequência
	Pública	Privada	
Saúde Mental e Trabalho	01	00	01
Psicologia e Saúde	01	00	01
Saúde e Trabalho	01	00	01
Saúde Mental e Saúde Pública	00	01	01
Total	03	01	04

Quadro 14 – Distribuição e frequência de disciplinas optativas oferecidas pelas instituições formadoras que contemplam em sua nomenclatura a palavra saúde

Em relação às disciplinas optativas, entendemos que colaboram principalmente em conhecimentos diversos e opções diferenciadas, no mercado, mas defendemos a necessidade de inclusão de disciplinas ou programas regulares, que respaldem o acadêmico na questão teórica e técnica, de forma que as optativas poderiam complementar a formação, mas não teriam o foco exclusivo, como ocorre em algumas instituições formadoras.

Seguem, igualmente, os dados coletados acerca dos estágios oferecidos pelas instituições formadoras e vinculados ao setor de saúde.

Estágios Oferecidos pelas Instituições Formadoras	Instituição Formadora		Frequência
	Pública	Privada	
Psicologia Comunitária e da Saúde	01	01	02
Saúde do Trabalhador	00	01	01
Promoção de Saúde, Trabalho e Educação	00	01	01
Psicologia e Saúde	00	01	01
Psicologia da Saúde	00	01	01
Total	01	05	06

Quadro 15 – Distribuição e frequência de estágios oferecidos pelas instituições formadoras que contemplam em sua nomenclatura a palavra saúde

Em relação ao estágio durante a graduação, seis instituições formadoras (16%) favorecem o desenvolvimento da prática, oferecendo estágios relacionados à área de saúde. Nestas, a prática é sempre acompanhada de uma disciplina teórica, que a apóia.

Nesse particular, os dados mostram baixo índice de adesão, pois apenas 16% das instituições formadoras oferecem a possibilidade de o acadêmico vivenciar essa prática, na saúde pública, conforme análise de sua nomenclatura.

Sobre essa característica, Carvalho (1986, p.38), em um de seus trabalhos relacionados a atividades extracurriculares, realizados por alunos de Psicologia, chegou à conclusão de que

[...] o aluno de psicologia busca em atividades extra-curriculares uma experiência prática que os cursos possivelmente não estão oferecendo, ou oferecem de forma insuficiente [...]

Embora os dados de Carvalho não sejam atuais, parece que não houve alteração nesse cenário. A preocupação com a articulação de atividades de ensino, extensão e pesquisa continua válida, pelo que comenta Miyazaki, sobre as perspectivas futuras da Psicologia da Saúde, Miyazaki (2002, p.46):

[...] fatores externos, como mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade, a evolução do conhecimento e da tecnologia na área médica e a administração do sistema de saúde criam novos desafios e possibilidades de atuação para o psicólogo. Entre os fatores internos encontra-se a capacidade da área para responder de forma adequada a estas possibilidades. Neste sentido, é preciso destacar o papel da universidade na formação de profissionais que sejam capazes de associar atividades de extensão, pesquisa e ensino [...]

Silva (1992, p. 36) caminha nessa mesma direção, argumentando pela necessidade de o aluno conhecer a realidade social: “[...] é necessário que se possibilite, ao graduando, a oportunidade de trabalhar de forma mais comprometida e pautada nas realidades sociais [...]”.

Porém, todas as instituições formadoras que optaram pela prática, ou seja, pelo estágio, apresentam em suas matrizes outra disciplina como fortalecimento do conteúdo; observamos, com isso, a junção da teoria e da prática, talvez como um indício para a elaboração de programas vistos como necessários para a formação, nessa área, segundo já ocorre nas áreas tradicionais da Psicologia escolar, clínica e organizacional.

Para Yamamoto (1998), essa fundamentação teórica serviria para subsidiar as ações que ampliam os limites tradicionais dos profissionais psicólogos, nos serviços de saúde; neste caso, a sua ausência otimiza a utilização de recursos impróprios e insuficientes para as novas exigências desse mercado.

4.2.2 Análise das diretrizes curriculares nacionais

Entendemos a análise das diretrizes como fundamental para este trabalho, porque estas são responsáveis pelo eixo principal e norteador das instituições formadoras, quando da elaboração dos cursos, que, por sua vez possuem a responsabilidade frente à formação de profissionais, para futura inserção no mercado de trabalho. Portanto, este eixo principal retrata em quais contextos o psicólogo deve ser formado, com vistas à sua atuação posterior.

O Projeto de Resolução que instituiu as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Psicologia foi homologado pelo Ministro da Educação, em 2001 (BRASIL, 2001).

Sendo estas aprovadas recentemente, sabemos que as Instituições Formadoras têm um período para a adaptação. Durante a coleta de dados das

matrizes curriculares, várias Instituições Formadoras nos informaram que a matriz estava sendo reestruturada.

Como este estudo tem como objetivo examinar as práticas do psicólogo na saúde pública, realizamos recortes das diretrizes, destacando os artigos que diretamente evidenciam a regulamentação da formação para essa área.

Serão transcritos, a seguir, os artigos (bem como seus respectivos parágrafos) a serem analisados:

Artigo 3º - O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do Psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos:

e-) Atuação em diferentes contextos, considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades.

Artigo 4º - A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

a-) Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética.

Artigo 8º - As competências reportam-se a desempenho e atuações requeridas do formado em Psicologia, e devem garantir ao profissional um domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na promoção da qualidade de vida. São elas:

k-) Atuar profissionalmente, em diferentes níveis de ação, de caráter preventivo ou terapêutico, considerando as características das situações e dos problemas específicos com os quais se depara.

Artigo 12 – Os domínios mais consolidados de atuação profissional do psicólogo no país podem constituir ponto de partida para a definição de ênfases curriculares, sem prejuízo para que no projeto de curso as instituições formadoras concebam recortes inovadores de competências que venham a instituir novos arranjos de práticas no campo.

Parágrafo 1º O subconjunto de competências definido como escopo de cada ênfase deverá ser suficientemente abrangente para não configurar uma especialização em uma prática, procedimento ou local de atuação do psicólogo. São possibilidades de ênfases, entre outras, para o curso de Psicologia:

d-) Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde, que consiste na concentração em competências que garantam ações de caráter preventivo, em nível individual e coletivo, voltadas para capacitação de indivíduos, grupos, instituições e comunidades a protegerem e promoverem a saúde e qualidade de vida, em diferentes contextos em que tais ações possam ser demandadas.

Os artigos (e parágrafos) mencionados revelam e regem a formação do graduando em Psicologia, nos contextos para ações em saúde, alguns de forma direta, outros de forma indireta.

Dentre os vários princípios em que a formação do psicólogo deve-se basear, está a atuação em diferentes contextos. Nessa questão, a prioridade é a identificação das necessidades sociais, promovendo a qualidade de vida do indivíduo, grupos, entre outros. Por acreditarmos que engloba as ações em saúde, já que está pautado nas necessidades do público-alvo, nos variados contextos nos quais o profissional está inserido, este item favorece a descaracterização da formação voltada aos atendimentos para as classes médias e altas, valorizando a qualidade de vida, tanto do indivíduo como de sua comunidade. Esse fato parece envolver uma visão mais ampla da formação, em que o foco não deve ser apenas o individual, dando ênfase para as ações coletivas.

Conforme pode ser visto no artigo 4º, ocorre a indicação de que o graduando deva receber conhecimentos para a aquisição de competências e habilidades para a realização de ações, no setor de saúde. Percebemos que essas diretrizes norteiam as instituições para uma formação generalista, na qual o foco dado para o setor de saúde inclui estratégias inovadoras de ações voltadas para a definição de saúde, em contexto global, propondo formação para a aquisição de

competências e habilidades para diferentes contextos, valorizando a análise do indivíduo em sua integridade. Acreditamos que esse item atende aos princípios norteadores da definição de saúde, bem como suas modalidades de assistência utilizadas pelo setor, ao passo que favorece a diminuição na ênfase do modelo curativo, englobando a prevenção e a promoção, devendo o graduando de Psicologia ser capacitado para desenvolver ações nesses níveis.

No rol de competências necessárias para o desempenho profissional, conforme evidenciado no artigo 8º, enfatiza-se a capacidade de atuar em diferentes níveis de ações, seja preventivo, seja terapêutico. Tal item também nos chama a atenção pela mudança de foco que o graduando deve receber, a qual consiste basicamente em competências amplas de atuação, objetivando a análise do problema, em sua amplitude, realçando ações de vários níveis, saindo apenas do foco curativo. Entre o leque de competências em que cada Instituição Formadora pode se basear, está garantido como um dos eixos necessários à Psicologia aquele que pressupõe os processos de prevenção e promoção da saúde, que valorizam as ações, em seus diferentes contextos, evidenciando a prevenção no nível individual e global.

Como meta central para a formação, é recomendada a atuação em pesquisas que fortalecem a categoria, indicando as tendências, necessidades e outras investigações a serem feitas, porém no que tange à área de Psicologia na Saúde, esse ponto necessita de desenvolvimento com base no número reduzido de publicações da área. O fortalecimento do graduando nas atividades de iniciação científica, durante a graduação, e o apoio dos profissionais atuantes na saúde que se preocupam no desenvolvimento da ciência, são meios para alcançar a formação profissional preconizada.

Não obstante, nós nos deparamos com alguns problemas: o primeiro é que as instituições formadoras necessitam de tempo para aderir às diretrizes; enquanto isso, os acadêmicos continuam freqüentando cursos de graduação que nem sempre apresentam conteúdos voltados para a atuação em saúde, isto é, prosseguem despreparados para um trabalho efetivo, nesse cenário. O segundo refere-se aos profissionais já inseridos nesse mercado, uma vez que não obtiveram conteúdos mínimos para a atuação e necessitam de suporte para a reorganização de sua prática. Como sugestão para este item, temos o processo de educação permanente, já abordado anteriormente, neste estudo, no qual se preconiza a consolidação da reforma sanitária, a formulação e a execução de políticas públicas orientadas para o setor, favorecendo a reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade. Defendemos, ainda, que são em tais pontos que o psicólogo, enquanto profissional da área da saúde, poderia se desenvolver, obtendo a compreensão do contexto geral em saúde, bem como, elaborando práticas que compactuem com as perspectivas do setor.

Constatamos que, falhas na formação para a atuação em saúde resulta em práticas que não levam em conta a real necessidade do setor, nem tão pouco acompanham as especificidades da mesma. Isto é demonstrado nos relatos das participantes, quando se referem à ausência de disciplinas específicas, durante a graduação, à aplicação de práticas individuais que não atendem e não contemplam as modalidades de saúde, à ausência de ações de ordem coletiva, às dificuldades apresentadas, entre as quais muitas delas retratam a falta de conhecimento de seu papel profissional e a transposição de técnicas de outros setores para a saúde pública.

Estes resultados já foram apontados por estudiosos da área, ainda que os números sejam restritos, mas a verdade é que aqueles que se dispõem ao estudo revelam as mesmas preocupações. As tendências para o mercado do trabalho do psicólogo da saúde exigem do profissional habilidades específicas, como a interpessoal, pois não se trabalha na Psicologia da Saúde com ações isoladas, ressaltando-se como necessidade principal o trabalho em equipe. Se essa atuação muitas vezes é prejudicada e até mesmo não valorizada, é fácil de se entender, ao analisarmos a baixa resolutividade que a categoria vem apresentando, com respeito aos problemas atuais em saúde, seguidas de explicações que nem sempre são cientificamente comprovadas. Pretendemos, contudo, contribuir para que caminhos efetivos, aplicáveis, que respondam às reais necessidades do setor possam vir, de fato, a causar impacto na área da saúde.

5 CONCLUSÕES

A análise dos relatos das participantes e dos documentos permite concluir que:

- As atividades dos psicólogos que atuam na rede Básica de Atenção à Saúde, em nossa realidade local, tal como foram descritas, não contemplam as necessidades desse setor. O modelo utilizado na prática das atividades baseia-se na transposição do modelo clínico e individual, com discretas ações coletivas, que não se constituem em estratégias de atenção primária, como preconiza o SUS.
- O modelo clínico e individual praticado parece reforçar a imagem que a população e que os profissionais têm do psicólogo, o que contribui para perpetuar a lógica da prática curativa e a valorização do enfoque na saúde mental.
- A atuação nos programas das Unidades é descrita como uma atuação de apoio e, embora o enfoque de alguns programas seja educativo, estes não ocorrem com frequência e de forma sistematizada, o que indica a ênfase dos fatores psicológicos, ou seja, é valorizada a especialidade.
- Observa-se, nos relatos das participantes que afirmam que não atendem à demanda, a expectativa de continuar realizando a psicoterapia clínica, resultando nas dificuldades relatadas. Não se evidencia a participação da comunidade no planejamento e desenvolvimento de programas, perpetuando o comportamento passivo da comunidade.
- Os recursos individuais, como leituras, estudo, supervisão juntamente com a ajuda de profissionais do serviço, foram considerados como

os fatores mais favoráveis para a prática. Em acréscimo, os atributos pessoais, os quais foram relacionados com habilidades, e a categoria da educação continuada, foram os aspectos mais enfatizados.

- Ocorre um distanciamento entre o que é realizado e o que é preconizado pelo SUS, quanto aos modelos de atenção, uma vez que estes não são conceituados com clareza, enquanto o enquadramento das atividades realizadas não é descrito com precisão.

- Os conhecimentos apontados como principais foram os relacionados aos teóricos, técnicos e práticos, aos quais também são defendidos na literatura.

- Pode-se constatar que as participantes não cursaram disciplinas teóricas e práticas, na graduação, embora tenham sido capazes de relacionar algumas que avaliam como de maior contribuição.

- Habilidades compreendidas como necessárias para a prática em saúde pública, principalmente as relações interpessoais, são destacadas, no trabalho em equipe, as questões éticas e legais.

- As matrizes curriculares retratam 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.

- As diretrizes curriculares nacionais prevêm condições para que o acadêmico seja formado, tendo o conhecimento mínimo para essa área de atuação. 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.

Diante das considerações de algumas conclusões anteriormente relacionadas, pode-se afirmar que este estudo possibilitou:

- Caracterizar a atuação dos psicólogos, nas Unidades de Saúde de uma cidade de médio porte do interior do Estado, e assim contribuir para a compreensão do sistema e serviços de saúde que são regionalizados e hierarquizados a partir da atenção à saúde, com vistas à universalização e à integralidade no acesso e utilização.

- Demonstrar uma das lacunas do ensino superior, quanto à formação integral do aluno, e que é preciso ampliar o conhecimento do ensino superior para elevar a capacidade de efetiva participação, na realidade, a fim de que se tenha uma intervenção mais competente no contexto desejado, pois, da forma como se apresenta, não cumpre suas funções científicas e sociais.

- Indicar a educação permanente em serviço como uma possibilidade, para suprir a defasagem na atuação; trata-se de alternativa prevista nas diretrizes, como elemento essencial para a formação de um profissional, com a responsabilidade do mesmo para colocá-lo em prática.

E, por fim, resta sugerir algumas possibilidades de futuras investigações:

Visando a ampliar a compreensão da formação do psicólogo para atuar na atenção à saúde, estudos deveriam incluir como participantes os usuários, dado que são indispensáveis para a operação dos sistemas e serviços de saúde. Investigar a participação da comunidade no planejamento e desenvolvimento de

programas, com um papel protagônico no autocuidado da saúde, pode auxiliar a tornar visível o efetivo papel do psicólogo na atenção à saúde

Como decorrência deste estudo, poderiam ser derivadas investigações sobre uma proposta de disciplina teórica e prática, para a graduação, com conteúdos direcionados a identificar e avaliar os determinantes psicossociais da saúde, mediante fatores de risco que levam à doença, com o propósito de eliminá-los, atenuá-lo e modificá-los, usando um modelo de atenção à saúde que procure antecipar o dano e programar ações de manutenção da saúde e bem-estar da população, por meio de equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In: _____. (Org.). Psicologia da Saúde. São Paulo: Pioneira psicologia, 2000.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização: estão os profissionais de psicologia preparados? Psicologia: teoria e pesquisa, Brasília, v. 8, n. 3, p. 373-384, 1992.

BASTOS, A. V. P. Mercado de trabalho: uma velha questão e novos dados. Psicologia: ciência e profissão, n. 2/4, p.28-39, 1990.

BRASIL. LEI nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 14 out. 2005.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Projeto de resolução institui as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia, Brasília: MEC, 2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/CES1314.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2005

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento Técnico. Brasília, DF: MS, setembro, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. 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, 2004.

CAMPOS, T. C. P. O psicólogo em hospitais: aspectos de sua atuação em hospital geral. 1988. Tese (Doutorado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1988.

CARVALHO, A. M. A. 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, v. 36, n. 85, p.31-39, 1986.

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 de la Union Latinoamericana de Psicologia. Disponível em: < http://www.psicolatina.org/cero/psicologia_e_politicas_publicas.pdf > Acesso em: 27 jan 2006.

CATHARINO, T. R. Fragmentos da história da psicologia no Brasil: algumas notações sobre teoria e prática. In: JACO-VILELA, A. M. ; JABUR, F. ; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). Clio-Psyché: história da psicologia no Brasil,. Rio de Janeiro: UERJ; NAPE, 1999. Disponível em <<http://www.uerj.br/~cliopsyche/site/livros/clio1/livrosclio1.htm>> . Acesso em: 14 out. 2005.

_____. Formação de psicólogos: currículos e subjetividade. Temas em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 9-19, 1998.

CHACON, M. C. M. Formação de recursos humanos em educação especial: respostas das universidades à recomendações da Portaria Ministerial n. 1793 de 27.12.1994. 2001. 616 f. Tese (Doutorado em Educação)- Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2001.

CHAVES, E. S. Atuação do psicólogo clínico em serviços de saúde pública. Divulgação Saúde e Debate, n. 11, p. 108-113, 1.995.

DAL POGETTO, M. T. D. P. O projeto pedagógico do curso de psicologia da Universidade Metodista de Piracicaba: realidade e perspectivas. Temas em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 59-67, 1998.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. In. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Humanizar cuidados: uma questão de competência. Brasília: MS, Maio, 2001.

DIAS, R. M. S. Dos encontros em supervisão: devenires na formação de psicólogos Temas em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 21-29, 1998.

DIMENSTEIN, M. D. B. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. Estudos de Psicologia, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

_____. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de Psicologia, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

_____. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. Psicologia em Saúde, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul/dez. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf> >. Acesso em: 27 jan. 2006.

GIMENIZ, S. R. Características dos usuários do setor de pediatria de um centro de saúde escola a partir da análise de prontuários.: implicações para a atuação psicológica. Boletim de Psicologia, v. 43, n. 98/99, p. 59-72, 1993.

_____. Algumas características de usuários do setor de pediatria de um centro de saúde escola: subsídios para atuação preventiva do psicólogo. 1992. 235f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1992.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Prevenção de quedas acidentais de bebês: uma intervenção do psicólogo com mães usuárias do setor de pediatria de um centro de saúde. 1998. 283f. Tese. (Doutorado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GIOIA-MARTINS, D.; ROCHA JUNIOR, A. Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? Psicologia : teoria e pratica, v.3, n.1, p.35-42, jan./jun. 2001.

GOMES. C. F. O aleitamento materno e a fonoaudiologia: tendências curriculares e opiniões de docentes e discentes. 2002. 185 f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Faculdade de Filosofia e Ciências. Universidade Estadual Paulista, Marília, 2002.

HEPWORTH, J. Public health psychology: a conceptual and practical framework. Journal of Health Psychology. v. 9, n. 1, p.41-54, 2004.

JORNAL DE PSICOLOGIA, CRP SP. São Paulo: CRP, n. 140, mar./ jun. 2004

JORNAL DO FEDERAL: Jornal do Conselho Federal de Psicologia, CRF, Ano XVIII, n. 82, agosto de 2005.

KERBAUY, R. R. Relação entre comportamento e saúde. Boletim de Psicologia, v. 37, n. 87, p. 49-53, 1987.

_____. Comportamento e saúde: doenças e desafios. Psicologia USP. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.

LAMOSA, B. W. R. O psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil. 1987. 201 f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

LEITE, S. A. S. Do plano curricular ao currículo em ação. Temas em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 51-57, 1998.

LENGERKE, T. V. et al. Health policy perception and health behaviours: a multilevel analysis and implications for public health psychology. Journal of Health Psychology, v. 9, n. 1, p. 157-175, 2004.

LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S. UNI-Marília: possíveis efeitos sobre as políticas educacionais. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M.C. (Orgs.) A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 2. As vozes do protagonista. Tradução Adja Barbieri Durão et al. São Paulo: HUCITEC, ; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 119-123.

MARÍLIA (SP) Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Relatório de Gestão, 2004. 1 CD-ROM.

MARKS, D. F.; MURRAY, M.; EVANS, B.; WILLIG, C. Health Psychology: theory, research and practice. London. Thousand Oaks. New Delhi: Sage Publications, 2000.

MARTINS, C. B. O ensino superior brasileiro nos anos 90. São Paulo em Perspectiva, v.14, n.1 p. 41-60, 2000.

_____. A formação de um sistema de ensino superior de massa. Revista Brasileira de Ciências Sociais. v. 17, n. 48, p. 197-203, 2002.

MILANESI, I. A construção curricular do ensino superior no Brasil numa perspectiva histórico-sociológica da educação: da colônia da república. Revista de Educação, PUC-Campinas, v. 3, n.5, p. 51-63, nov. 1998.

MIYAZAKI, M. C. O. S. et al. Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. Psicologia USP, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 29-53, 2002.

_____.; AMARAL, V.L.A.R. Instituições de saúde. In: RANGER, Bernard (Org). Psicoterapia comportamental e cognitiva. Capinas: Editorial PSY II, 1995. p. 235-244.

_____.; SILVARES, E. F. M. Psicologia da saúde em hospital escola: extensão de serviços à comunidade acadêmica. In: MARINHO, M. L. ; CABALLO, V. E. (Org.). Psicologia clínica e da saúde. Londrina: UEL – APICST, 2001. p. 335-359.

NORONHA, A. B. ; SOPHIA, D.; MACHADO, K. Formação profissional em saúde. RADIS: comunicação em saúde n. 3, p. 11-17, 2002. Disponível em: < http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_03.pdf >. Acesso em: 27 jan. 2006.

OLIVEIRA, M. V. Centro de referências técnicas em psicologia e políticas públicas: mais avanço para a psicologia. Jornal do Federal: Jornal do Conselho Federal de Psicologia, CRF, Ano XVIII, n. 82, p. 3, agosto, 2005.

PRETI, D.; URBANO, H. A linguagem falada culta na cidade de São Paulo. In: _____.; _____. (Orgs.). PROJETO NURC/SP- Projeto de Estudo da Norma Lingüística Urbana Culta de São Paulo. v. 3. São Paulo: T. A Queiroz Editor Ltda, 1988.

PROGRAMA de aprimoramento profissional – PAP: manual de orientações técnicas e administrativas. São Paulo: FUNDAP, 2004

PROJETO DE CONSOLIDAÇÃO UNI: período 1996 a 1999. Marília, SP: FAMEMA, julho, 1996. (Versão Preliminar).

RASERA, E. F. ; BALAZ, F. M. S. ; YAZLLE, C. H. D. O currículo oculto em psicologia: a experiência dos alunos. Temas em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 45-50, 1998.

RODRIGUES, H. B. C. Perigos e promessas do encontro entre grupalismo e historiografia na formação de psicólogos. Temas em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 31-44, 1998.

SCHNEIDER, D. R. A formação em psicologia no Mercosul: perspectivas da integração Latino-Americana. Temas em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 69-74, 1998.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da psicologia numa perspectiva Latino Americana.. In: ANGERAMI-CAMON, V. A (Org.). Psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira psicologia, 2000.

_____. Psicologia da saúde no Brasil: 50 anos de história. Disponível em: < <http://www.nemeton.com.br> >. Acesso em: 27 jan. 2006.

SEIDL, E. M. F. ; COSTA JUNIOR, A. L. O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 15, n. 1, p. 27-35, 1999

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

SILVA, R. F. Aparelho formador na área da saúde, o movimento nas escolas de medicina no Brasil. In: _____. Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional de interação comunitária. 2000. 143 f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____; PEREIRA, S. M. S. F.; PADILHA, R. Q. Os serviços e a comunidade como parceiros: inovando conteúdos e cenários. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M.C. (Orgs.) A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 2. As vozes do protagonista. Tradução Adja Barbieri Durão et al. São Paulo: HUCITEC, ; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. Uel, 1999. p. 193-199.

SPINK, M. J. P. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: CAMPOS, F. C. B.(Org.). Psicologia e saúde: repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 11-23.

TAYLOR, S. E. Health Psychology . 4. ed. McGraw-Hill International Editions, 1999. (Psychology Series)

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4., 1998, Salvador. Anais... Salvador: [s.n.], 1998. p.7-28.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia nos cuidados de saúde primários: manuais universitários. Climepsi Editores – Lisboa. 2000.

VAIDERGORN, J. Uma perspectiva da globalização na universidade brasileira. Cadernos CEDES, v. 21, n. 55, p. 78-91, 2001.

VINCK, J.; OLDENBURG, B.; LENGKERKE, T. V. Editorial: health psychology and public health-bridging the gap. Journal of Health Psychology, v. 9, n.1, p. 5-12, 2004.

YAMAMOTO, O. H. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. Psicologia: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 345-362, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Em virtude do crescente número de profissionais psicólogos atuando na Saúde Pública e por acreditar que para realização de tal atividade o profissional requer competências necessárias para o desenvolvimento de um bom trabalho, escolhemos desenvolver a pesquisa “ As práticas do Psicólogo na Saúde Pública e sua articulação com os modelos de atenção a saúde: Reabilitação, Prevenção e Promoção. Um olhar para a formação”(Título Provisório), que apresenta o seguinte objetivo:

-Conhecer as ações desenvolvidas pelo psicólogo na saúde pública.

Como estudante do Programa de Pós Graduação Nível Mestrado da Universidade Estadual Paulista – Marília – São Paulo, temos o prazer de convidá-lo a participar voluntariamente desta pesquisa que será desenvolvida por nós, Ana Cláudia Tolentino Pires, com a orientação da Profª Dra.Tania Moron Saes Braga.

Para a coleta de dados realizaremos uma entrevista, que será gravada e agendada previamente, de acordo com o seu consentimento. Informamos que a utilização dos resultados desta pesquisa será exclusivamente para fins científicos.

Eu.....
.....RG nº....., abaixo assinado, aceito participar do projeto especificado acima, com as garantias concordadas e especificadas a saber:

- A garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada a pesquisa;
- A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal e profissional;
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação;
- As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.

Marília,.....de.....de 200

Assinatura do Entrevistado(a).....

Assinatura da Entrevistadora.....

APÊNDICE C – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS

Ao Diretor de Graduação e ou Coordenador do Curso de Psicologia

Venho através deste convidar esta conceituada corporação para participar da pesquisa que estou realizando como mestranda em Educação pela Universidade Estadual Paulista Marília-SP. A pesquisa tem como objetivos conhecer as práticas do psicólogo bem como a formação recebida na graduação em psicologia.

O nome desta corporação foi informado pelo Ministério da Educação, por esta oferecer a graduação em Psicologia, portanto seria importante a vossa participação.

Para sua segurança este projeto foi apreciado e aprovado pelo comitê de Ética da Unesp, recebendo o parecer favorável sob o Nº 2536/2004 homologado em 15/12/04. Venho ressaltar que o nome desta Corporação não será mencionado em momento algum da pesquisa.

Para a participação é necessário o encaminhamento da Matriz Curricular do Curso de Psicologia, já que a mesma não esta disponível na Internet conforme pesquisa realizada anteriormente.

Segue meus dados para o encaminhamento do documento bem como para maiores informações.

O prazo para o envio do material é até 20/11/05 para que esta corporação participe deste estudo.

> Ana Cláudia Tolentino Pires