

A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional

Tathiane Paulin¹

Hospital Santa Marcelina

Cristina Amélia Luzio²

Faculdade de Ciências e Letras da UNESP - Assis

Resumo: O presente artigo discute a formação profissional e atuação do psicólogo na saúde pública. Observamos que o psicólogo necessita atuar de forma mais condizente com a proposta do SUS e da ESF, a fim de atender as suas especificidades. Dessa forma, problematizamos a formação oferecida pelos cursos de Graduação em Psicologia, ainda centrados no modelo de clínica tradicional, que não oferecem ferramentas teóricas, técnicas e críticas para o trabalho no SUS. Apontamos, ainda, as dificuldades encontradas pelos psicólogos na saúde pública, como o trabalho com famílias e grupos. Verificamos a necessidade de uma urgente mudança nos currículos dos cursos de Psicologia, para melhor capacitação desses profissionais. É imprescindível, também, que o psicólogo desenvolva práticas inovadoras e inventivas nesse campo de atuação.

Palavras-chave: Psicologia, Saúde Pública, atuação profissional, formação do psicólogo.

A Saúde Pública é uma área que emprega muitos profissionais de Psicologia, no Brasil. Estes estão distribuídos e atuam em instituições de saúde mental, Unidades Básicas de Saúde e hospitais. Desde a sua regulamentação como profissão, no Brasil, a Psicologia tem conquistado e ampliado o seu espaço na Saúde Pública, sobretudo após a Reforma Sanitária e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi um marco para um novo olhar sobre o conceito de saúde e doença. Aquilo que antes era visto somente como a ausência de doença física, começou a considerar aspectos sociais e culturais do indivíduo.

Com esse novo programa de saúde, passou-se a valorizar a transdisciplinaridade, ou seja, a atuação em equipes multiprofissionais. Com isso a Psicologia ganhou um novo campo de atuação. No entanto, apesar de a Saúde Pública abranger um percentual considerável de psicólogos, observa-se uma grande dificuldade de atuação nessa área, em virtude da falta de conhecimento sobre o SUS e do uso limitado de técnicas, como

¹ Psicóloga e aluna do curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde no Hospital Santa Marcelina - SP

² Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP

consequência de uma formação inadequada, que não prepara o profissional para esse trabalho.

A atuação reduz-se à clínica tradicional, centrada no indivíduo, com tratamentos demorados, que não consideram o contexto sociocultural em que o paciente vive. Esse modelo é oferecido pelos cursos de Graduação em Psicologia, e os profissionais restringem-se apenas a reproduzir esse tipo de prática.

Bleger (1992) já afirmava que “(. . .) a função do psicólogo não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública” (p. 20). Com isso, é necessário repensar esse modelo de fazer Psicologia nessa área e expandir as suas práticas e formas de atuação para que a intervenção aconteça de forma mais adequada e contextualizada. Por conseguinte, este é o objetivo desse artigo: discutir os desafios e as possibilidades da atuação e da formação do psicólogo, enquanto profissional da Saúde Pública.

O Sistema Único de Saúde

Com a Constituição Federal de 1988, ocorreu, em nosso país, uma mudança na concepção clássica de atenção à saúde, que era norteadas por fundamentos assistencialistas e curativos, centrada na figura do médico e nos hospitais. Tal mudança propunha uma ruptura da visão biologista dominante de conceituar a saúde como somente a ausência de doença. Essa nova leitura estabeleceu uma relação direta entre saúde e condições de vida, que inclui os condicionantes econômicos sociais, culturais e bioecológicos. (Vasconcelos & Pasche, 2006)

A efetivação desse novo modelo de política de saúde, no Brasil, aconteceu através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. O entendimento desse novo conceito de saúde está expresso no artigo 3 dessa lei:

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 e econômica 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 a coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990a, p. 1)

O SUS compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e, ainda, os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (Vasconcelos & Pasche, 2006)

O Sistema Único de Saúde originou-se do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, elaborada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a partir das propostas advindas do Movimento Sanitário. Portanto, o SUS é resultado de um amplo processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde.

Vasconcelos e Pasche (2006) observam que o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. Ele é um sistema complexo, que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação.

Tal sistema de saúde está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional, em seu Art. 198, e as leis ordinárias que o regulamentam. Esses princípios são a universalização, a equidade, a integralidade, a participação popular e a descentralização. (Brasil, 1988)

A universalidade garante o direito à saúde a todos os cidadãos. Esse princípio extingue o privilégio ao acesso de que dispunham alguns brasileiros. A equidade é um princípio de justiça social e busca tratar de maneira específica cada território, com o objetivo de diminuir as desigualdades, priorizando a oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais mais carentes, que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer, em decorrência da diferença na distribuição de renda, bens e serviços. A integralidade propõe tomar o indivíduo como um todo e as várias dimensões do processo saúde-doença. Pressupõe ações continuadas de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A participação popular é uma forma de concretizar o SUS na prática e ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e Conselhos de Saúde, como sugere a lei 8.142/90 (Brasil, 1990b). A descentralização, por sua vez, tem o objetivo de distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma a garantir acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala.

Em 1994, nasceu o Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o intuito de romper com o modelo assistencial de saúde que possui como esteio a atenção curativa, com postura medicalizante, verticalizada e individualista, ainda centrada na atuação do médico e com pouca resolutividade (Romagnoli, 2006). Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006) o norteador que inspirou a implementação do PSF foi a decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde, mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica, que atua nos cuidados primários de saúde, e consolidasse o recente processo de descentralização inaugurado com o advento do SUS.

Esse programa foi considerado potente para a universalização do atendimento à saúde e implementação dos preceitos da Reforma Sanitária Brasileira e, por isso, transformou-se em uma estratégia do SUS (Camargo-Borges & Cardoso, 2005). Assim, o Programa tem sido denominado, desde 2004, Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF está fundamentada nos princípios do SUS, já descritos anteriormente, e tem o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, retirando o cuidado de dentro dos hospitais e trazendo para a comunidade, focando suas ações no eixo territorial.

Romagnoli, escreve que:

(. . .) esse programa corresponde a um campo de práticas e produção de novos modos de cuidado, aqui entendido como cuidados culturais, cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver de forma culturalmente sensível, congruente e competente. Esse programa pressupõe ainda a parceria com a família, para sustentar a nova proposta de Saúde e melhorar assim, a qualidade de vida da população. (Romagnoli, 2006, p. 5)

A ESF é vista como a porta de entrada do usuário no SUS e se localiza num território específico, urbano ou rural, com limites geográficos definidos. É composta de 600 a 1000 famílias, que são acompanhadas por uma equipe de Saúde da Família, integrada por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 ou 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe de saúde bucal foi recentemente integrada à ESF e é composta por 1 cirurgião dentista, 1 atendente de consultório dentário e 1 técnico em higiene dental (Brasil, 2002).

A ideia de porta de entrada visa a ser não somente o primeiro acesso da população ao serviço, mas também um dispositivo de responsabilidade institucional e sanitária no processo de cuidado com a saúde, articulado a toda rede de serviço (Brasil, 2003). Um dos pontos centrais do trabalho da ESF seria “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população” (Ciampone & Peduzzi, 2000, p. 143), numa tentativa de romper com a perspectiva tecnicista em saúde e fortalecer o envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença-cuidado.

Os dados apontam que a ESF chegou ao fim de 2005 com mais de 24.000 equipes; destas, 12.000 contavam com Equipe de Saúde Bucal, presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo 78 milhões de cidadãos; isso representa 44% da população brasileira. (Andrade et al., 2006)

Um aspecto importante é que a equipe da ESF é composta apenas por profissionais generalistas. Ainda não foram englobadas ao Programa as especificidades, exceto a equipe de saúde bucal, que foi incorporada há pouco tempo. Sendo assim, a Psicologia, como uma especificidade na área da saúde, insere-se no grupo da ESF, por intermédio da equipe matricial, composta também por outros profissionais de outras especialidades. Tais equipes se organizam com base nos problemas específicos da região e do projeto de descentralização da vigilância em saúde. A função dessas equipes é tanto apoiar as equipes locais de referências em áreas específicas, como desenvolver ações diretas no território.

Com essa estruturação, os psicólogos ocupam um lugar de apoio, junto às equipes de referência, na perspectiva de ampliação da clínica e realização de Projetos Terapêuticos, com objetivo de facilitar a vinculação entre profissionais e usuários, desconstruindo a lógica dos encaminhamentos desnecessários e impedindo a psiquiatrização e psicologização do sofrimento.

Portanto, na ESF, a Psicologia tem realizado intervenções com grupos, principalmente para o cuidado de questões prevalentes na saúde, como os grupos de hipertensão, diabetes e gestantes. Além disso, destacam-se, também, o trabalho das equipes de saúde mental, constituídas por psicólogos e psiquiatras, que assessoram a equipe da ESF, através de estudo de casos, interconsultas, supervisão continuada, orientação e capacitação no cuidado e acolhimento dos casos, como enfatizam Camargo- Borges e Cardoso (2005).

Atuação e formação do psicólogo

A Psicologia, enquanto profissão, no Brasil, tem uma história muito recente. Em 1956, foi implantado o curso de Formação de Psicólogo, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e, em 1957, foi inaugurado na Universidade de São Paulo.

Contudo, passou a existir como profissão somente em 1962, através da Lei Federal nº. 4.119. Regulamentada a Lei, houve a ampliação dos cursos de Psicologia e a elaboração do currículo mínimo, para definir o território profissional e as funções do psicólogo, bem como adotar um código de ética com o objetivo de controlar a atuação profissional.

O psicólogo passou a atuar em basicamente quatro áreas: clínica, escolar, magistério e trabalho. Devido às pressões do mercado de trabalho, os profissionais buscaram outros campos de atuação; dentre eles, o campo de assistência pública à saúde, onde se observa um aumento de profissionais, a partir do final da década de 70 (Dimenstein, 1998). Segundo a autora, nesse período, o campo da saúde pública, sobretudo a saúde mental, configurou-se como um grande polo de absorção de psicólogos.

Nas décadas de 1970 e 1980, o Brasil foi palco de vários movimentos que reivindicavam mudanças no cenário político, social e defendiam o fim do regime ditatorial. Entre esses movimentos, destacamos o Sanitário, que criticava o modelo dominante de atenção à saúde e visava produzir uma reforma nas políticas e práticas de saúde no país, de forma a possibilitar o acesso efetivo à saúde a toda a população.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento no qual se definiram as bases do projeto de Reforma Sanitária Brasileira. A VIII CNS foi um espaço para problematizar o conceito de saúde, visto apenas como a ausência de doença, além de conferir à população o direito à saúde sob responsabilidade do Estado e discutir a instituição do Sistema Único de Saúde, que foi a regulamentação da Reforma Sanitária.

Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, as profissões de saúde se integraram à saúde pública e passaram a atuar em instituições, nas quais não havia trabalho em equipe até aquele momento. Nesse contexto, a Psicologia, que praticamente atendia somente em instituições ambulatoriais e hospitalares de saúde mental, ganha espaço nas Unidades Básicas de Saúde (Silva, 1992). Com isso, houve uma significativa expansão na atuação do psicólogo, que antes de limitava apenas às instituições de saúde mental.

Esses acontecimentos, juntamente com o aumento de concursos públicos para psicólogos, a partir de 1980, fizeram com que a Psicologia conquistasse um espaço na Saúde Pública. Inicialmente pequeno, mas em constante ampliação (Silva, 1992). Entretanto, verifica-se que a atuação profissional nessa área não é uma tarefa fácil. O psicólogo se depara com diversas dificuldades, como o abandono prematuro dos tratamentos por parte dos usuários, grande número de faltas e atrasos frequentes e dificuldade de se inserir nas equipes multiprofissionais (Dimenstein, 1998). Segundo a autora, há também fatores como a defasagem salarial, a precariedade das instalações físicas, a escassez de material e a falta de apoio das instituições públicas para desenvolver o trabalho pretendido.

Porém, as dificuldades para a atuação profissional não se restringem somente a esses aspectos. O ponto mais significativo, do qual decorrem os demais obstáculos, e que será discutido neste trabalho, é a inadequação da formação acadêmica para trabalhar na Saúde Pública. Os psicólogos ainda são formados, predominantemente, dentro de uma proposta de clínica tradicional, dentro de uma formação clássica, que os deixa sem ferramentas teóricas, técnicas e críticas para atuar no SUS.

A Psicologia voltou-se apenas para atendimentos individuais em consultórios particulares, onde os tratamentos são prolongados e de alto custo, atendendo somente as classes mais favorecidas. Isso implica na padronização de seus instrumentos, métodos e

técnicas, linguagem e valores em geral (Silva, 1992). A autora ressalta que “(. . .) os métodos e as técnicas privilegiados na formação profissional do psicólogo, em geral, importados de outras realidades, têm sido pautados em valores sociais completamente diversos dos das populações que se apresentam às instituições públicas”. (Silva, 1992, p. 32)

Romagnoli (2006) descreve esse modelo de atuação clínica como uma atividade centrada no indivíduo, com objetivos analíticos, psicoterapêuticos e/ou psicodiagnósticos, fundamentando-se em uma concepção de clínica como um saber/fazer universalizado, associado a uma concepção de sujeito universal e a-histórico. O indivíduo é desvinculado do seu contexto social e cultural, como se todos os membros da espécie humana fossem iguais em qualquer época e lugar. (Dimenstein, 1998)

Como agravantes desse quadro, existem os modelos curriculares da maioria dos cursos de Psicologia que, influenciados pelo modelo cartesiano, direcionam a formação de seus alunos para um trabalho voltado à clínica individual e, estes, ao entrarem em contato com o trabalho em saúde pública, reproduzem o modelo. O ensino de Psicologia tem sido direcionado à preparação do exercício autônomo da profissão, com a priorização de exclusivamente um modelo de atendimento, que independentemente de suas linhas de embasamento teórico, tem privilegiado os segmentos psicoterápicos contínuos.

Silva alerta para essa supervalorização da clínica de consulta pelos psicólogos e salienta que “(. . .) a atuação psicoterápica que é apenas uma dos braços da clínica é muitas vezes vivenciada, pelos profissionais da área, como sinônimo dela” (1992, p.31).

Esses aspectos indicam a descontextualização da forma de trabalho e o despreparo do psicólogo para atuar na saúde pública. Isso se evidencia ainda mais nas Unidades Básicas de Saúde, onde são priorizadas 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. (Dimenstein, 1998)

Esse modelo de atuação do psicólogo vem sendo retroalimentado pelas Graduações de Psicologia. A maioria dos cursos privilegia a formação clínica e, conseqüentemente, muitos profissionais vão trabalhar nas instituições de saúde sem o preparo adequado, e acabam transpondo o referencial teórico que estudam nas universidades para esse contexto bastante diferente, não levando em conta que se tratam de realidades sociais distintas. Com isso, percebe-se as necessidades de urgentes transformações no ensino. Ao longo dos últimos anos, com a Reforma Sanitária, o ensino nas profissões de saúde tem sido alvo de movimentos que estipulam propostas de modificações curriculares voltadas para o SUS (Carvalho & Ceccim, 2006). Segundo os autores,

(. . .) o ensino de graduação, na saúde, acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos; com excesso de carga horária para determinados conteúdos e baixa ou nula oferta de disciplinas optativas; de desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação. (Carvalho & Ceccim, 2006, p.149)

Visando a modificar essa forma de ensino, em 2004, foi apresentada pelo Ministério da Saúde, e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, uma política do SUS para o diálogo com o ensino de Graduação nas profissões da área da saúde: *AprenderSUS*.

Carvalho e Ceccim (2006) apontam que esse Projeto foi a primeira política do SUS (deliberada no Conselho Nacional de Saúde e não um programa do governo) voltada para a educação universitária.

O objetivo do AprenderSUS é orientar as Graduações em saúde, dentre elas a Psicologia, para a atenção integral, ampliando, dessa forma, a qualidade da saúde da população brasileira; conforme observamos na cartilha do Aprender SUS: “Identifica-se há longo tempo a necessidade de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira”. (Brasil, 2004, p. 5).

O conceito de atenção integral supõe o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, para que se tornem mais acolhedores e capazes de formar vínculo com o usuário do Serviço de Saúde, além de que sejam mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença, inscritas nas condições de vida, de trabalho e culturais. Para Silva (1992), a atenção integral à saúde traz, ainda, a necessidade de incorporação de novas profissões ao atendimento, pleiteando a interdisciplinaridade.

Feuerwerker (2003) diz que a produção de conhecimento, a formação profissional e a prestação de serviços são elementos indissociáveis de uma nova prática. Assim, a autora destaca o real objetivo da formação profissional, que segue:

(. . .) chegar a ter profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade. Pretende-se que a universidade esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde. Pretende-se também transformar o modelo de atenção, fortalecendo promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção de saúde. (Feuerwerker, 2003, p. 25)

É importante salientar, em tempo, que a Psicologia tem uma especificidade em relação às outras profissões de saúde, pois possui outras áreas de atuação, como a educação e o trabalho, como aponta Romagnoli (2006). Entretanto, mesmo com essa diversidade de áreas de atuação, uma parcela significativa dos psicólogos atua na saúde e, desse modo, é necessário investir na formação para se trabalhar no SUS. Para sustentar sua posição, a autora cita Herter, Boschi, Silva Neto e Araújo.

(. . .) o SUS é um espaço de atuação de toda a psicologia, e não somente daquela voltada aos serviços de atenção direta à população; trata-se de uma forma importante de inserção da realidade brasileira nos processos educativos dirigidos à profissão; trata-se da inserção da formação e da própria formação na luta pelo desenvolvimento do SUS, isto é, insere a psicologia na luta do movimento sanitário e convida os cursos de psicologia a incrementar suas atividades que buscam atender necessidades sociais relevantes. (Herter et. al., 2006, p. 413)

Contudo, a formação dos psicólogos para atuar na Saúde Pública é uma das questões menos discutidas na Psicologia. Romagnoli (2006) aponta que não existe, na Psicologia, um ensino-aprendizagem voltado para a saúde como propõe o AprenderSUS.

Diante dessa realidade, desde 2006, há um grande investimento do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde com o objetivo de preparar os futuros psicólogos para trabalhar no SUS. Existe um movimento para que os cursos de Graduação valorizem e invistam nesse tipo de formação, com modificações curriculares voltadas para as exigências da Saúde Pública.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Psicologia instituem uma série de competências e habilidades exigidas ao profissional e prevêm a atuação do psicólogo 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. As diretrizes trazem, inclusive, como parte das competências gerais do profissional, a necessidade de assegurar que a sua prática seja realizada de forma integrada e contínua, com as demais instâncias do sistema de saúde, assegurando, dessa maneira, a importância do trabalho multidisciplinar e intersetorial (Brasil, 2002).

Dessa forma, os novos currículos de Psicologia devem conter disciplinas capazes de capacitar o profissional para a atuação na Saúde Pública. Para isso, é necessário apresentar a teoria contextualizada com a prática. Porém, essa prática não deve limitar-se apenas a um modelo de clínica, individual e elitista, mas levar em conta as diversas realidades sociais vividas pelos usuários do Sistema de Saúde. Além disso, os cursos de Psicologia devem estar atentos à formação de profissionais críticos, e não somente técnicos, pois esta é uma das características necessárias para a sustentação do projeto do SUS e de uma atuação consistente na ESF.

Considerações Finais

A consolidação da Psicologia como uma profissão da saúde pública representa uma crença em sua potencialidade como instrumento de transformação e o recolhimento de fatores subjetivos, emocionais, históricos e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população.

Com isso, é necessário que a Psicologia atue de modo a atender as exigências da Saúde Pública. Para possibilitar esse trabalho, o psicólogo deve ampliar seus conhecimentos e intervenções com as famílias, privilegiar a atuação com grupos e permitir que sua conduta profissional tenha um caráter coletivo, integrando as equipes multiprofissionais.

Essas ações são importantes, porque os serviços oferecidos na Saúde Pública, principalmente na ESF, não são realizados por apenas um profissional, mas pela equipe, e o foco de atenção não é somente o indivíduo, mas a família e seu contexto. Além disso, o atendimento em grupo é mais adequado às altas demandas de atendimento encontradas nas instituições e permite a intervenção direta na relação e a experiência com o coletivo.

Entretanto, ainda existem obstáculos para a realização desse trabalho. Primeiramente, destaca-se a dificuldade que o psicólogo encontra de trabalhar com grupos, pois a clínica aprendida nos cursos universitários, como já apresentada anteriormente, ainda é uma clínica individual. Outro ponto é a falta de conhecimento acerca do grupo familiar, já que a prática com famílias não é muito usual entre os psicólogos.

Romagnoli (2006) entende que um empecilho para o psicólogo atuar com as famílias é o desconhecimento da realidade das famílias atendidas. Geralmente, os membros da equipe pertencem a uma camada mais favorecida e, assim, há uma tendência a comparar as famílias atendidas, em geral de classes baixas, a partir do modelo dominante de família nuclear. Isso acaba desqualificando as famílias usuárias da Saúde Pública. É necessário ter em vista que cada família possui uma organização própria, regida por lógicas diferentes, o que não as tornam superiores ou

inferiores a outras. Portanto, para a realização de um trabalho eficaz com os grupos familiares, é necessário respeitar a particularidade de cada camada social e de cada família.

É importante, também, para a efetivação do trabalho da Psicologia na Saúde Pública, a produção de vínculo nas relações. De acordo com Camargo-Borges e Cardoso (2006, p. 30), “(. . .) o acolhimento é uma forma de intervenção que propõe apoio contínuo à pessoa em todo o seu processo de atendimento na saúde e não somente ao que diz respeito ao acesso do usuário ao serviço.”

A Saúde Pública é um campo que exige novas metodologias de seus profissionais. Isto não exclui a Psicologia. Para uma atuação consistente é preciso romper com o modelo tradicional de clínica e criar novas práticas, de acordo com o contexto em que os indivíduos estão inseridos, sem temer a não ortodoxia. É necessário, ainda, resgatar as múltiplas dimensões de saúde e reformular a postura de intervenção profissional, além de incorporar outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde.

O psicólogo deve repensar seu modelo de atuação e redimensionar o papel da Psicologia no campo da assistência pública à saúde. Segundo Dimenstein (1998), para que isso ocorra, é preciso desinstitucionalizar os saberes e práticas vigentes, a formação acadêmica e questionar as formas instituídas que atravessam os cursos de Psicologia e acabam produzindo um saber sobre o outro tomado como verdade absoluta. A autora afirma que os psicólogos serão mais úteis à Saúde Pública quando sua cultura profissional fornecer modelos mais ampliados de atuação, que permitam a troca de informação com outros profissionais e os levem a se reconhecerem enquanto profissionais da saúde, preocupados com a promoção do bem-estar da população.

Por último, é interessante apontar que o psicólogo deve ousar e inventar, deve fazer e refazer, ao invés de apenas reproduzir um modelo de atuação. Em outras palavras, o psicólogo que atua na Saúde Pública deve inventar novas práticas, produzir novos conhecimentos e fundar outra clínica, voltada para as demandas da comunidade e à produção social da subjetividade. É necessário substituir o paradigma da clínica pelo da Saúde Pública, um modo sempre mutante e flexível de fazer saúde.

Paulin, T. & Luzio, C. A. (2009). The Psychology in Public Health: challenges for action and training. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2), 98-109.

Abstract: *This article discusses the training and role of the psychologist in the public health. We observed that the psychologist needs to act more consistent with the proposal of SUS and the ESF, in order to meet their specific requirements. Thus, question the training offered by graduate programs in psychology, still focused on traditional clinical model, which do not offer theoretical tools, techniques and criticism to work with SUS. Also point out the difficulties found by psychologists in public health, such as working with families and groups. We note the need for an urgent change in the curricula of courses in psychology, for better training of professionals. It is also essential that psychologists develop inventive and innovative practices in this field of work.*

Keywords: *Psychology, Public Health, role of the professionals, training of the psychologist*

Referências Bibliográficas

- ABEP (Associação Brasileira de Ensino em Psicologia) - *A presença da Psicologia no SUS: prática profissional e produção acadêmica*. Acessado em 18/10/2007, do <http://www.abepsi.org.br/abepsi/Pesquisa.aspx#>.
- Andrade, I. O. M., Barreto, I. C. H. C. & Bezerra, R. C. (2006). Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In F. W. S. Campos et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro:Fiocruz.
- Barbosa, C. F. & Mendes, I. J. M. (2005). Concepção de promoção da saúde de psicólogos no serviço público. *Revista Paidéia*. Acessado do <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/31/13.htm>.
- Bleger, J. (1992). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil. (1988). *Constituição: Republica Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico.
- Brasil. (1990a). *Lei 8.080/90*. Acessado em 25/09/2007, do http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169.
- Brasil. (1990b). *Lei 8.142/90*. Acessado em 25/09/2007, do http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169.
- Brasil. (2002). Ministério da Educação. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em psicologia*. Brasil. Acessado em 21/10/2007, do <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/pareceres/07202Psicologia.doc>.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da área da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil, A. M. R. C. (2004, abril/junho). Considerações sobre o trabalho do Psicólogo em Saúde Pública. *Integração*, x(37), 181-186.
- Camargo-Borges, C. & Cardoso, C. L. (2005, maio/agosto). A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Campos, F. C. B. (1988). *O Psicólogo, o Usuário e a Saúde Mental na instituição pública: o atendimento na rede básica de saúde de Campinas*. 1988. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Campos, F. C. B. (1992). O Lugar da Saúde Mental na Saúde. In: *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2), 393-403.
- Carvalho, Y. M. & Ceccim, R. B. (2006). Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva. G. W. S. Campos et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), p.53-81.
- Feuerwerker, L. C. M. (2003) Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério de Saúde. *Revista da ABENO*, 3 (1), p. 24-27.
- Franco, A. & Mota, E. (2003). Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 50-59.
- Herter, M. L., Boschi, M. F. L., Silva Neto, N. A. & Araújo, T. C. C. F. (2006). Psicologia. In A. E. Haddad et al (orgs.). *A trajetória dos cursos de graduação na saúde* (pp. 412-453). Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.
- Lancetti, A. (org.). (1997). SaúdeLoucura 7. *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec.
- Mejias, N. P. (1984). O Psicólogo, a Saúde Pública e o esforço preventivo. *Rev. Saúde Pública*, 18, 155-61.
- Romagnoli, R. C. (2006, dezembro). A Formação dos Psicólogos e a Saúde Pública. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2).
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho em saúde pública. In F. C. B. Campos. *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, C. M. & Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In G. W. S. CAMPOS et.al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

Vieira, C. M. & Cordeiro, M. P. (2005). Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do "Programa Saúde da Família". *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1).

Recebido: 10 de outubro de 2009.

Aprovado: 17 de dezembro de 2009.