

**PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE:
AVANÇO OU RETROCESSO?**

Jamily Fehlberg¹

RESUMO: As conquistas políticas na saúde acompanharam grandes movimentos sociais ao longo da história, o que provocou uma grande revolução no que hoje se percebe como saúde pública brasileira. O conceito de saúde utilizado na construção e consolidação do modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), permite um maior investimento na promoção de comportamentos e atitudes voltadas à construção de hábitos mais saudáveis e ou prevenção de doenças. Entretanto, até mesmo pela extensão territorial, escolaridade e precárias condições sanitárias e higiênicas encontrada no vasto território, tem-se um imenso potencial para a instalação de doenças. Em contrapartida a realidade descrita, percebe-se que investimentos públicos em equipamentos de média e alta complexidades são rareados ao longo dos anos. O discurso veiculado parece não condizer com a realidade da gestão de recursos na saúde, pois justificado pela ética de novas tecnologias em saúde, continuamente mantêm-se ou reduzem-se os recursos aos demais níveis de assistência. O texto pretende abordar o contexto político e social pelo qual a política de saúde brasileira foi constituída, bem como a articulação com sua atualidade precária. A psicologia e os psicólogos também se encontram implicados diante das modalidades de atenção à saúde, no que tange a formação profissional e a necessidade de adaptação às demandas sociais e políticas na atualidade.

Palavras-chave: Saúde Pública, Movimentos Sociais, Média Complexidade, Psicologia

**PSYCHOLOGICAL PRACTICES AT DIFFERENT LEVELS OF HEALTH CARE:
PROGRESS OR REGRESSION?**

ABSTRACT: The political achievements in health accompanied great social movements throughout history, which provoked a great revolution in what today is perceived as Brazilian public health. The concept of health used in the construction and consolidation of the Unified Health System (SUS) model allows greater investment in the promotion of behaviors and attitudes towards healthier habits and disease prevention. However, even by the territorial extension, education and precarious sanitary and hygienic conditions found in the vast territory, there is an immense potential for the installation of diseases. In contrast to the described reality, it is noticed that public investments in equipment of medium and high complexities are rarefied over the years. The discourse presented does not seem to correspond to the reality of resource management in health, because justified by the ethics of new technologies in health, resources are continuously

¹ Professora Titular do Curso de Psicologia e Pedagogia da Faculdade Pio Décimo

maintained or reduced to other levels of care. The text intends to address the political and social context by which Brazilian health policy was constituted, as well as the articulation with its current precariousness. Psychology and psychologists are also involved in health care modalities, in terms of professional training and the need to adapt to current social and political demands.

Keywords: Public Health, Social Movements, Average Complexity, Psychology

Introdução

Com a vivência dos movimentos sociais em franca expansão, alguns conceitos estabelecidos socialmente como a noção de respeito aos direitos humanos, gênero, política, entre outros; foram se modificando e tornaram-se presentes nas concepções éticas dos trabalhadores em saúde. Nota-se que tradicionalmente as políticas públicas brasileiras acompanharam movimentos populares insuflados pela população em geral, em conjunto à profissionais, usuários ou familiares, os quais atingiram algumas conquistas sobretudo nos direitos humanos à saúde universal (Ferreira Neto, 2011; Jacobi, 1993). Já no século passado o país foi invadido por uma atmosfera Latino-Americana, na qual imperava o “espírito global de revoluções” (Oliveira, 2012; Quadrato, 2008). Por outro lado, a grande insatisfação da população com os governos eminentemente neoliberais dos países Latino-Americanos e o sucesso do regime socialista na União Soviética, o qual reuniu muitos partidários nas Américas, eram ameaças à hegemonia norte-americana na economia (Quadrat, 2008). Esses movimentos revolucionários foram grandes incentivadores para a construção do que hoje se entende por políticas públicas de saúde no Brasil, mesmo que no momento o sonho do Sistema Único de Saúde – SUS esteja bastante aquém do que fora planejado originalmente em sua concepção (Oliveira, 2012).

O texto pretende resgatar o contexto político e social pelo qual a política de saúde brasileira suplantou ao longo de sua história, pois seu desenrolar permitiu muitas conquistas como a universalização de acesso aos sistemas de saúde, no entanto promoveu muitos deveres como a responsabilização dos indivíduos sobre sua própria saúde. Outro ponto tratado a seguir será a situação atual da psicologia e dos psicólogos diante das modalidades de atenção à saúde, bem como será discutida a formação profissional e a necessidade de adaptação às demandas sociais e políticas e as várias formas discursivas que as constitui.

Contexto Histórico e Político

A década de 1970 foi marcada por iniciativas de trabalhos coletivos em saúde comunitária e preventiva, como alternativa aos enormes custos praticados pelos prestadores de serviços de saúde ao sistema previdenciário. Esse contexto promoveu o empenho da população e dos profissionais do setor na busca por uma nova organização da saúde pública no país, o qual foi erigido por meio

de manifestações populares frequentes (Brasil, 2011a; Brasil, 2006; Ferreira Neto, 2011; Freire, 2012).

A partir da Constituição de 1988 e da promulgação da Lei que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8.080 de 1990), a saúde passou a ser instituída política pública federal, o que implica na intervenção do estado na organização, administração, e legalização desse setor em específico (Ferreira Neto, 2011). E como política pública instituída passou a compor a Seguridade Social brasileira, junto à assistência social e à previdência, cujos princípios básicos norteadores foram: *universalidade* que garante a saúde como direito de todos; a *equidade* define o acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde, e por fim o princípio da *integralidade* reconhece a saúde “a partir da concepção de sujeito integral, biopsicossocial” (Freire, 2012 p. 33).

As insurgências populares foram uma marca em muitas áreas da saúde brasileira, porém dentre estas se destaca, por suas grandes conquistas, a área da saúde mental. Pois, até a primeira metade do século 20 a realidade da psiquiatria no Brasil e no Mundo apontava para um futuro bastante negativo. Mas as mudanças ocorridas sinalizam para o oposto, pois atualmente a saúde mental em todo território nacional é regulamentada pela lei nº. 10.216/02, que aponta dispositivos legais e encaminha meios para a consolidação de um modelo assistencial aberto e baseado nos preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), pois exigiu alteração desses serviços para a construção de uma rede de atenção comunitária com equipamentos direcionados à atender o indivíduo portador de transtorno mental em seus aspectos biológicos, psicológicos e também sociais.(Goldenberg, 2001; Oliveira, 2012; Pitta, 2001).

Além de problemas de outras ordens, a integralidade entre os três níveis da atenção em saúde parece ser uma dificuldade premente entre as ações planejadas da saúde. Alguns esforços vêm sendo propostos para a integração do saber *psi* na atenção básica e de média e alta complexidade (Brasil, 2011a). A legislação produzida após a Constituição de 1988 foi dando corpo ao sistema de saúde como um todo, por isso muitas áreas ainda não haviam sido contempladas com o princípio da integralidade, que demonstra a dificuldade do sistema em avançar.

A grande maioria dos países utiliza o conceito de atenção primária em saúde, que é geralmente uma referência aos níveis de saúde definidos pela WHO (2002), porém o Brasil adota uma definição própria – atenção básica - para o equivalente a atenção primária em saúde. Portanto, será utilizado o termo atenção básica ao ser citada a atenção primária nas páginas que seguem (Brasil, 2011b; Brasil, 2006; Silva, 2011). Por atenção básica entende-se como “um conjunto de ações que abrangem promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde” (Brasil, 2006). Essa modalidade é por de entrada para a rede de atenção, ou seja a grande massa de usuários chega aos serviços ambulatoriais e hospitalares iniciando seu

atendimento na atenção básica, e de lá é referenciado para outros serviços que compõem a rede em outras modalidades de atenção como por exemplo a média complexidade. Esta por sua vez será a próxima passagem do usuário que não se encontra em problemas agudos, pois refere-se prioritariamente no ambulatório com “ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade demanda profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos de diagnóstico e tratamento” (Brasil, 2011a; Brasil, 2009). Entende-se que a grande maioria dos problemas chegará até essa modalidade e poderão ser adequadamente tratada e regredir, deixando o paciente saudável novamente. Entretanto, alguns casos não conseguem se recuperar e necessitam de cuidados mais intensivos pela condição na qual se encontram, logo este usuário precisa de procedimentos com alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção.

Segundo Campos e Amaral (2007), a implantação do projeto SUS se dá de forma parcial em outras modalidades de atenção como de média e alta complexidade. Tem-se no país ainda fragmentos de redes de atenção - ambulatórios e hospitais - configuradas com burocracia, dispêndio de gastos e com eficiência questionável, as quais grande parte são baseadas na compra de serviços à hospitais privados ou filantrópicos da rede suplementar. Devido aos poucos investimentos federais na estruturação de serviços mais complexos, e por conseguinte, com alto custo.

Vale lembrar que a palavra “rede” no sistema de saúde pública brasileiro não é um conceito simplório, pelo contrário possui a conotação presente em seu signo. A rede como um emaranhado de serviços e suas ligações mútuas, que permitem a integralidade dos diferentes estabelecimentos e serviços de determinado território. Estes são organizados de modo a equilibrar diferentes níveis de tecnologias no atendimento de todo o território de cobertura dos serviços. O conceito de “rede” representa a interligação e a integração de serviços correspondentes aos três níveis de assistência em saúde, a saber: atenção básica, média e alta complexidade.

Segundo Carvalho e Gastardo (2009), por influências de modelos utilizados em países desenvolvidos os investimentos públicos atuais na gestão SUS estão voltados para a atenção primária e promoção à saúde. Enquanto isso a iniciativa privada se concentra na atenção de média e alta complexidade, de acordo com Campos e Domitti (2007). Na verdade, a iniciativa privada e a cultura do clientelismo e da propina sempre figuraram como um grande empecilho ao pleno desenvolvimento do SUS já em sua gênese, pois as empresas da saúde conseguiram participar do sistema “de forma suplementar” (Lei 8.080/94), apesar dos protestos e de movimentos populares. Percebe-se que dentre as publicações mais atuais os serviços da rede pública, excetuando os da atenção básica, são nomeados por serviços “complementares” (Brasil, 2011a, Brasil, 2011b), pois

se entende que a prioridade da rede pública de saúde e de suas políticas é se centrarem em ações de atenção básica (Brasil, 2011b). A questão premente nesse sentido parece ser o paradoxo entre a ética de distribuição de recursos, a definição de saúde e os novos tempos do país, pois provavelmente um desses pode estar sendo utilizado para justificar o déficits do outro.

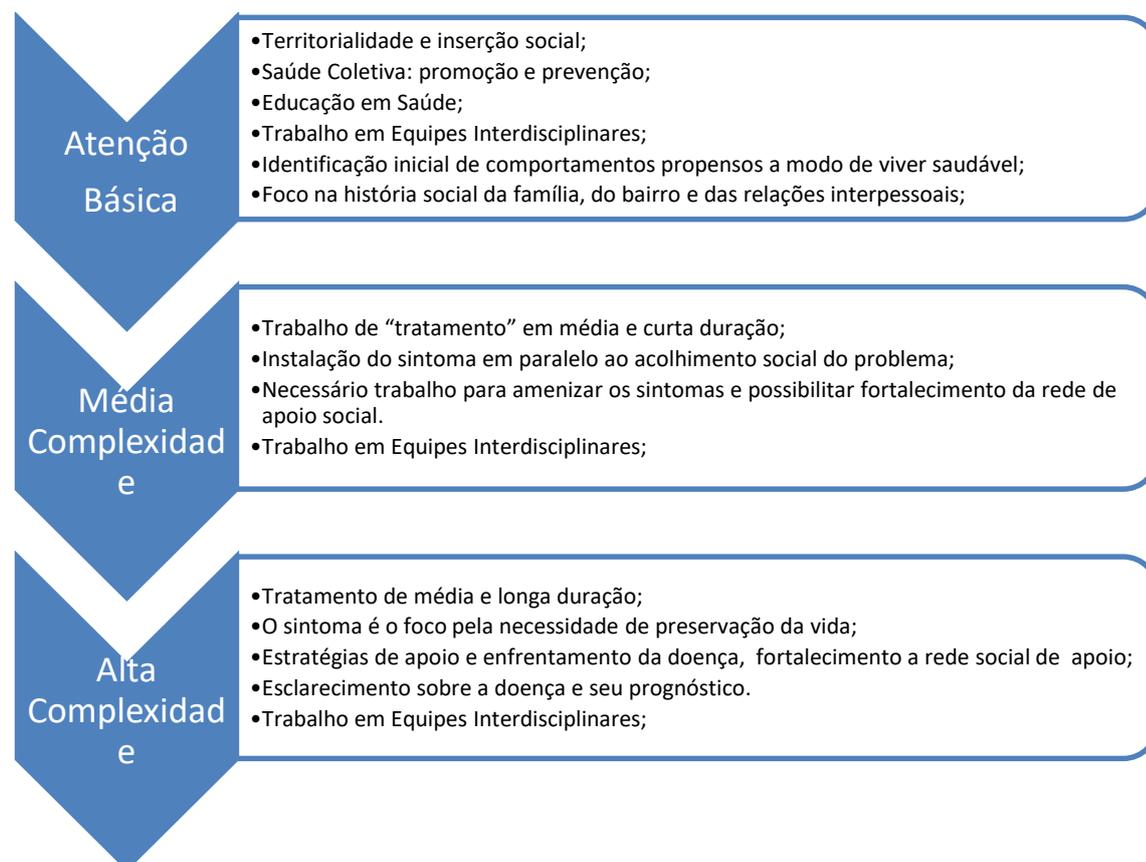
Certamente pela concepção de saúde é necessário o investimento cada vez maior em programas que possam preparar a população para a promoção de comportamentos e atitudes voltadas à construção de hábitos mais saudáveis e ou prevenção de alguma doença causada por descuidos e falta de informação. Tudo isso é sem dúvidas um grande avanço em termos de tecnologias de saúde, entretanto nota-se que em contrapartida os recursos para investimentos em outras modalidades como rede ambulatorial e hospitalar vêm sendo rareados ao longo dos anos. O discurso veiculado parece não condizer com a realidade da gestão de recursos na saúde, pois justificado pela ética de novas tecnologias em saúde, continuamente mantêm-se ou reduzem-se os recursos aos demais níveis de assistência. Porém, segundo Silva (2009) o crescimento da incidência de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, entre outras), doenças crônico – degenerativas (como o câncer, tuberculose, HIV/Aids), quadros agudos (dengue, doenças respiratórias, traumas causados pela violência urbana e acidentes de trânsito) após o crescimento do capitalismo, a urbanização do país, o aumento da taxa de fecundidade nas famílias e o aumento da expectativa de vida da população em geral, agregam maiores demandas anualmente ao setor hospitalar e ambulatorial na saúde.

A questão apresentada então faz menção a um problema tipicamente brasileiro e atual que é a dificuldade do sistema público de saúde no que tange aos cuidados intensivos para doenças instaladas, que pelo momento histórico tende a gerar cada vez mais problemas a serem atendidos. Imagina-se uma demanda para serviços hospitalares e ambulatoriais em progressão geométrica, e o crescimento da oferta de serviços em progressão aritmética ou inexistentes, a qual rapidamente atingirá o caos e o prejuízo da população usuária desses serviços.

É verdade que os gastos com doenças, técnicas diagnósticas cada vez mais minuciosas tornam-se bastante dispendiosas e segmentarizam os serviços das especialidades na saúde, porém apesar de caras são ações necessárias levando-se em conta a atualidade do país e seu crescimento populacional e urbano. Em acréscimo, o SUS foi construído em uma base sanitarista que firmou a integralidade como ponto irremediável do sistema, pois garante ao usuário garantia de acesso a ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na rede pública de saúde. O conceito de integralidade acompanha as formas mais atuais de definição de saúde focada no indivíduo, na comunidade e na família.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) a atenção primária contempla meios de maior controle e melhoria da saúde da população, enquanto que a Organização Pan-Americana de Saúde (2002) define-a como o somatório de ações da população, equipes de saúde, autoridades sanitárias voltadas a melhoria de condições de saúde em geral. No Brasil essa definição é alvo de polêmica histórica, pois a “atenção primária” se confunde com “atenção básica” e com “Programa Saúde da Família – PSF”. Resumidamente o conceito aparece de forma bastante direta na Portaria 648/2006 (Política Nacional de Atenção Básica), que ressalta a atenção básica como ações que “abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (Brasil, 2006). Conceito que toca em outros níveis de atenção, diferentes da atenção primária utilizada em outros países, assim tem-se no país uma atenção primária que se confunde com a Estratégia Saúde da Família e recebe o nome de atenção básica. (Brasil, 2011b), figurando além disso com porta de entrada para todo o sistema (Azevedo e Costa, 2010).

O quadro abaixo demonstra de modo didático os níveis de Atenção à Saúde, segundo Zurba (2011) (com alterações).



De forma mais completa tem-se a definição brasileira de atenção primária e promoção da saúde que amplia o conceito apoiando-o na noção de cidadania, enquanto consciência sobre os direitos

e deveres dos indivíduos dentro das práticas sanitárias coletivas. Nesse sentido, a ampliação da consciência sanitária permite a participação tanto do cidadão quanto dos profissionais em formação na definição de políticas, prevenção e proteção do ambiente físico e social, pois apresenta o máximo de descentralização e capilaridade sendo o nível de atenção mais próximo da coletividade (Pitombeira et.al, 2016). Trabalha na premissa transformadora de estilo de vida, educação em saúde, qualidade de vida, empoderamento, entre outros (Brasil, 2011b). Por conseguinte, os trabalhos nessa área pretendem ir de encontro ao antigo paradigma técnico-filosófico que centrava o trabalho do profissional de saúde no tratamento e cura do doente, daí para o foco do cuidado e da atenção coletiva focada na saúde como “estado de bem estar físico, mental e social” (Campos, 2001; Campos e Domitti, 2007; Silveira e Vieira, 2009).

Psicologia na Saúde: média e alta complexidade

A formação superior em psicologia desde 2011 possui novas diretrizes para os cursos de formação em psicologia que a contextualiza à atualidade brasileira, pois inclui muito mais que o conhecimento sobre as políticas públicas de assistência e educação, mas destaca a necessidade de maior vivência prática de seu campo de atuação (Brasil, 2011). O movimento de reforma curricular para os cursos de graduação em psicologia já vêm sendo discutida nos meios acadêmicos desde 1999, porém a efetiva mudança se deu em 2004 de forma um tanto arbitrária, foi reformulada em 2011 e efetivamente regulamentada em resolução pelo Ministério da Educação. Entretanto, apesar das diretrizes curriculares apontarem para uma abertura para conteúdos mais adaptados à realidade da população, verdadeiramente essa prática ainda não está sendo sentida nos cursos e no cotidiano dos trabalhadores principalmente na interface entre psicologia e saúde pública.

A psicologia da saúde é uma área relativamente jovem na psicologia mundial, e foi instituída como área de atuação e especialidade pela *American Psychological Association* (APA) 1979, quando foi criada a divisão 38 chamada *Health Psychology*, cuja atuação inicial foi avançar nos estudos da Psicologia como disciplina que compreende a saúde e a doença através da pesquisa. No Brasil essa denominação foi transferida como especialidade está dividida entre Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde, pela sua histórica identificação com o modelo curativo em saúde centrado nas instituições hospitalares (Castro & Bornholdt, 2004).

O psicólogo brasileiro é tradicionalmente convidado a trabalhar nessas duas modalidades de assistência a saúde, inclusive na história do mercado de trabalho da psicologia no país a psicologia hospitalar e a psicologia clínica ocuparam durante algum tempo um lugar privilegiado na área de saúde (Pitombeira et.al, 2016). No entanto, atualmente a psicologia enquanto área técnica atua em frentes dos mais diversos dentro da rede de atenção à saúde do SUS e saúde suplementar (Silva,

2002). De acordo com Ferreira Neto (2011) a profissão de psicólogo está presente em grande parte das políticas públicas oferecidas pelo estado à população. Mas no passado se restringiu às organizações, às escolas e principalmente ao consultório individual, segundo Bock (1999), porém dados atuais demonstram que a atuação vem se deslocando para o profissional social nas políticas públicas (Ferreira Neto, 2011; Yamamoto & Costa, 2010).

A tendência apontada até o momento apresenta-se como o contorno de uma problemática social que tende para mudanças cada vez mais prementes em nossa sociedade e na profissão de psicólogo, pois a visão da psicologia como elitista e acessível apenas a poucos parece ultrapassada, diante das mudanças almejadas pela reforma curricular, ou do fomento a pesquisa atuais nessas áreas, por exemplo. (Ferreira Neto, 2011; Yamamoto & Costa, 2010).

Spink (2010) levantou dados de uma amostra de 250 profissionais de psicologia atuantes na saúde, entre eles grande parte trabalha com referenciais teóricos tipicamente relacionados à clínica, mesmo atuando em um setor público. Oliveira et. al. (2005) foi ainda mais adiante analisando dados de serviços psicológicos do SIA/SUS (o sistema de registro de informações de serviços especializados em saúde) no estado do Rio Grande do Norte, durante os anos de 2000 a 2003. Dentre os procedimentos especializados realizados os atendimentos individuais somam um total de 87,31% das ações realizadas ao longo desses 3 anos, enquanto que atividades realizadas em grupo foram registradas apenas 3,91%. Alguns autores apontam a grande expectativa dos serviços públicos diante do saber da psicologia principalmente no que tange a atenção em saúde nas diversas áreas da assistência.

Dentro de modalidades mais tradicionais de atuação com os ambulatórios e hospitais os profissionais mantêm-se cada vez em maior número produzindo conhecimentos científicos voltados ao aperfeiçoamento da profissão. Segundo Costa (2014) as subáreas da psicologia com maiores produções científicas no país entre 1962 à 2008 são em ordem crescente: Psicologia Geral (71 artigos), Psicologia da Saúde (60 artigos), Psicologia Escolar (60 artigos), Psicologia Hospitalar (51 artigos), Psicologia Clínica (37 artigos). Essa grande produção na área da saúde permite-se inferir que o investimento em produção de conhecimento tradicionalmente foi de grande relevância em áreas ligadas ao olhar sobre as doenças, dado o grande número de publicações específicas na psicologia hospitalar. Isso fica ainda mais evidente na pesquisa de Teixeira e Carreiro (2012), que analisa a temática de artigos publicados entre 1998 e 2009 nos indexadores PePSIC e SciELO, com a temática Psicologia e Saúde e Psicologia Hospitalar. Dentre os resultados foram encontrados 40 estudos que tinham como finalidade a prevenção e tratamento de doenças, enquanto 29 estudos trabalhavam com a identificação de fatores psicológicos e

comportamentais da doença. O que mais impressiona nesse trabalho é que foram encontrados apenas 3 estudos que discutem a promoção e manutenção de saúde.

Também no campo das práticas de atuação em hospitais e atendimentos especializados em saúde, pois Avellar (2011) em sua pesquisa encontrou a grande maioria dos psicólogos atuantes em Hospitais da Região metropolitana de Vitória utilizando o modelo clínico clássico, cujas bases diferem da nova definição de saúde como um processo integral de condições de vida, e também se distancia da nova proposta curricular para a formação de psicólogo.

Como citado acima, grande parte dos psicólogos brasileiros se encontra hoje exercendo a profissão em algum dispositivo dentro das políticas públicas mesmo que de média e alta complexidade, o que certamente aponta para a oportunidade de aplicação da psicologia em uma população anteriormente desprivilegiada. Esse movimento de mudança de paradigma parece ser consequência direta dos movimentos sociais pós-ditaduras na América Latina, entretanto, as recentes iniciativas de mudanças parecem vir seguidas de forças sociais que ainda contribuem para a manutenção do *status quo* do modelo médico curativo. Contudo, especialmente na área da média e alta complexidade podem-se citar trabalhos recentemente publicados que referenciam novas formas de fazer psicologia dentro das políticas públicas, porém esses ainda são modestos.

O trabalho em equipe interdisciplinar na modalidade de interconsulta psiquiátrica parece ser um exemplo de novas formas de trabalho na média e alta complexidade no tocante à saúde mental de crianças e adolescentes atendidos pelo serviço de pediatria do Hospital das Clínicas de São Paulo (Assumpção Jr.; Kuczinsky e Tarelho, 2012). A interconsulta é um método de auxílio à equipe de atendimento de determinado caso, cujo profissional participa do procedimento e pode intervir auxiliando no manejo do caso. O trabalho funciona por solicitação de interconsulta para a equipe do serviço de Psiquiatria do hospital universitário, que trabalham em conjunto para diagnosticar, solucionar ou recomendar procedimentos futuros. A coleta de dados para o trabalho fora os atendimentos na modalidade de interconsulta do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cujos resultados foram avaliados como exitosos na grande maioria dos casos atendidos, entretanto um dos resultados apontou que o procedimento terapêutico mais utilizado fora o medicamentoso. O que na verdade parece apontar para uma forma diferente de fazer o mesmo.

A visão de saúde e de sujeito enquanto indivíduo pelo menos tridimensional (biológico, psicológico, social) exige esforço e dedicação no atendimento psicológico à uma clientela que precisa ser cuidada não somente em seu cunho individual, mas que necessita de uma atenção que o permita vivenciar a família e comunidade de modo a constituir entorno de seu grupo um ambiente

de acolhimento e respeito a alteridade (Pitombeira et.al, 2016). A nova forma de pensar a saúde para além da ausência de doenças permite que o psicólogo se distancie da visão biologicista e curativa centrada exclusivamente no hospital e no ambulatório, para uma visão mais integral dos indivíduos. Essa é uma das faces da saúde mental que, independente do nível de assistência, se precisa buscar no profissional de saúde mental. A dúvida que se instala então é: “a formação dos psicólogos contempla essa visão mais atual de saúde e de assistência?”?

Conclusão

Na psicologia social construcionista a história social de um grupo leva a transformação de dados sociais que contribuem para a alteração dos conceitos sobre determinado objeto social, mas essa construção pode ser influenciada por fatores externos ao indivíduo como a mídia ou influências de outros grupos e interesses políticos e econômicos (Spink, 2010). Assim, para a psicologia social a formação de conceitos e hábitos nos grupos são fruto de vários determinantes discursivos que são construídos ao longo de sua história.

Levando-se em conta a ética de distribuição de recursos para o sistema de saúde tem-se atualmente investimentos cada vez maiores nos dispositivos de atenção básica, pois essa ação atenderia à conceitos apregoados pelas novas definições de saúde construídas após a década de 1980 no país. O mesmo discurso das massas que colocou os interessados a lutarem por um país melhor, também foi o que promoveu o sistema de saúde público com seus princípios, porém é influenciado também por outras forças como as pressões econômicas e políticas atuantes no país (Pitombeira, 2016). A lógica de mercado que perpassa nosso cotidiano parece não permitir espaço para o pensamento social e comunitário e a visão de saúde integral biopsicossocial. Segundo Guareschi (2009) uma das formas possíveis para atingir essa ideia seria trabalhar com o conceito de integralidade em trabalhos transdisciplinares, cujas bases já foram lançadas na reforma curricular.

Entende-se que a mudança curricular ainda é muito recente para serem absorvidos pelos discursos resistentes circundantes, cujas bases ainda sofrem influências de períodos históricos e políticos muito enrijecidos dos anos de ditadura militar. Ainda há inegáveis influências desses tempos no discurso atuais dos alunos, professores e demais entes do sistema educacional e do sistema de saúde. Assim, faz-se necessário um esforço de resistência de sujeitos implicados no sistema para que a visão ética do SUS venha a alcançar sua plenitude, e todos (usuários, profissionais e gestores) possam pensar as políticas públicas como políticas de saúde e não políticas curativas somente. Pode-se pensar na construção dessas novas formas discursivas a partir do trabalho interdisciplinar e transdisciplinar, como forma de reformular cotidianamente as saber sobre a saúde, pois como

aponta Minayo (2004) a construção do conhecimento em saúde é dinâmica e deve sofrer transformações ao longo da história da sociedade em questão.

Outra importante forma de mudança do quadro tratado nesse trabalho é a escuta da verdadeira demanda dos usuários dos serviços, pois há uma tendência ao trabalho com programas federais, projetos e campanhas, porém a escuta do sujeito em seu ambiente é algo necessário para identificação real da demanda do sujeito, bem como de seu núcleo social. Conhecer o sujeito para mapear sua demanda e trabalhar promovendo hábitos, estilo de vida e discursos a partir da responsabilização do sujeito e dos profissionais que o acompanha por sua saúde. Contudo o trabalho do psicólogo não é um trabalho imparcial e desvinculado dos usuários, pelo contrário é um trabalho engajado com sua equipe e com os sujeitos com os quais compartilha discursos sobre a vida, portanto deve ser formado com a responsabilidade sobre a prática e sobre a ética do bem estar social.

Referências:

American Psychological Association (APA), Division Services. Washington, DC. Disponível em: <<http://www.apa.org/about/division/div16.aspx>> Acesso: 05 de março de 2017.

Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU/OPAS). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Genebra, 1948.

Assumpção Jr.; Kuczinsky e Tarelho (2012). Psiquiatria de Ligação e Interconsulta Psiquátrica na Infância e Adolescência. In: Baptista, M. e Dias (2012). *Psicologia Hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Avellar, L. Z. (2011). Atuação do psicólogo nos hospitais da Grande Vitória/ES: uma descrição. *Psicologia em Estudo*, 16(3).

Azevedo, Ana Lucia Martins; Costa, André Monteiro (2010). A estreita porta de entrada do Sistema único de Saúde (SUS): uma valorização do acesso à Estratégia Saúde da Família (ESF). *Interface*, 14 (35).

Bock, A. M. M. (1999) A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia*, 4(2),

Brasil, Ministério da Saúde(2004). Cartilha da Política Nacional de Humanização do SUS. Brasília.

Brasil, Ministério da Saúde(2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2008). Portaria número 154/2008 <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>.

Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011a). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS.

Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011b). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS.

Campos, G. W. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

Campos, G.W S.; Amaral, M. A.(2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. 2007, 12(4).

Campos, G.W S.; Domitti, A. C.(2007).Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, 23(2).

Carvalho, S.R.; Gastardo, D.(2008) Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência Saúde Coletiva*, 13(2).

Costa, Ana Ludmila Freire (2014). *A produção científica de psicologia e o debate sobre política social*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Freire, Â. B. (2012). Políticas públicas e sistema de saúde no Brasil. In: Gioia- Martins, Dinorah Fernandes. *Psicologia e Saúde: formação, pesquisa e prática profissional*. São Paulo: Vetor.

Ferreira Neto, J. L.(2011). *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.

Mínayo, M. C. de S.(2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8^a Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Goldemberg , J. (2001). Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial. In: Pitta, A. (org) (2001). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

Jacobi, Pedro(1993). *Movimentos Sociais e Políticas Públicas: demandas por saneamento básico e saúde*. São Paulo: Cortez.

Pitombeira, D. F.; Xavier, A. S.; Barroso, R. E. C.; Oliveira, P. R. S.(2016) Psicologia e a Formação para a Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 16(2).

Pitta, Ana. Tecendo uma rede de cuidados em Saúde mental. In: Venancio, Ana Teresa A. e Cavalcanti, Maria Tavares (org). *Saúde Mental: Campos, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

Oliveira D.L.(2005). A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3).

Oliveira, W. F. (2012). Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: Contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*. Florianópolis, v.4.

Silva, R. C. (2002). *Metodologias Participativas para trabalhos de promoção de Saúde e Cidadania*. São Paulo: Vetor.

Silva, S. F (2009). Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, v. 35.

Silveira, D. P. da, & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1).

Spink, Mary Jane (Coord.) (2007). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Spink, M.J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Quadrat, Viz Samantha. A emergência do tema dos direitos humanos na América Latina. In: Fico, Carlos; Ferreira, Marieta M.; Araújo, Maria Paula; Quadrat, Viz Samantha (org). *Ditadura e Democracia na América Latina: Balanço Histórico e Perspectivas*. Rio de Janeiro: FGV, 2008.

Yamamoto, O H. & Costa, A. L. F. *Escritos sobre a profissão de Psicólogo no Brasil*. Natal: EDUFRN, 2010.

Zurba, M. C. (2011). Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade* v.23.