

A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UMA PRÁTICA POSSÍVEL

Vera Mincoff MENEGON¹

Angela Elizabeth Lapa COELHO²

Resumo

Neste artigo fazemos algumas considerações sobre a inserção da psicologia no sistema de saúde, fornecendo subsídios contextuais e conceituais sobre a atuação do psicólogo no campo da saúde coletiva. Como exemplo dessa inserção, discutimos a prática do estágio curricular em Psicologia, voltado à saúde coletiva, que vem sendo implantado no Curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), em Campo Grande, MS.

Palavras-chave: Psicologia Social da Saúde; Estágio Curricular; Saúde Pública.

Abstract

In this paper, it is made a brief evaluation of the insertion of psychology in the public health system. We provide contextual and conceptual subsidies on the psychologist's performance in the field of collective health. As an example of this insertion, we present the Psychology traineeship in collective health, a course that is being established in the curriculum of the School of Psychology at Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) in Campo Grande, MS.

Key words: Social Psychology of Health; Traineeship; Public Health System.

¹ Doutora, professora do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS. Endereço: Rua Gonçalo Alves, 426, casa 2; CEP: 79002-934, Campo Grande, MS. E-mail: mincoff@uol.com.br.

² Doutora, professora do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS. Endereço: Rua Enoch Vieira de Almeida, 373, Apt. 904, bl 2, Coronel Antonino, Campo Grande, MS 79.010-110. E-mail: angelacoelho@ucdb.br.

Introdução

Este artigo apresenta uma reflexão sobre a inserção da Psicologia no âmbito da saúde pública. Ao longo desta discussão estaremos, portanto, caracterizando um campo de conhecimento e de práticas que podemos nomear de Psicologia Social da Saúde.

Na trajetória das inter-relações entre Psicologia e saúde, grande parte da produção de conhecimento e de práticas concentra-se no plano da pessoa que sofre, em que se busca privilegiar um acompanhamento específico e individualizado. Entretanto, como argumenta Spink (2005), quando a Psicologia se desloca para o campo da promoção da saúde e da prevenção de doenças, observa-se tanto uma fragmentação de esforços como uma dispersão na produção de conhecimentos e na implementação de práticas. Essa dispersão dificulta a compreensão de aspectos envolvidos no processo saúde-doença que poderiam subsidiar estratégias de *empoderamento*, para enfrentar relações de poder discriminatórias e a falta de equidade no acesso aos serviços de saúde.

Uma das maneiras de enfrentar esse desafio é fortalecer redes interdisciplinares e intradisciplinares na saúde e nas ciências sociais, produzindo conhecimentos e desenvolvendo práticas voltadas à atuação do psicólogo na saúde pública. Ou seja, é necessário compreender os processos coletivos implicados no *continuum* saúde-doença. Espera-se, assim, ampliar e fortalecer os saberes e fazeres de uma Psicologia que seja *Social* e da *Saúde*.

Nesta reflexão fazemos um breve balanço sobre a inserção da Psicologia no sistema de saúde, fornecendo subsídios contextuais e conceituais sobre a atuação do psicólogo no campo da saúde coletiva. Como exemplo dessa inserção, discutimos a prática do estágio curricular em Psicologia, voltado à saúde coletiva, que vem sendo implantado no Curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), em Campo Grande, MS.

Inserção da Psicologia no Sistema de Saúde

Trabalhamos com a compreensão de que saúde e doença são um *continuum* constituído por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Nessa perspectiva, saúde é uma unicidade que é múltipla e, como tal, depende da multiplicidade de saberes.

Nessa lógica, as práticas de saúde e a produção de conhecimentos — entrelaçamento de duas faces da mesma moeda — pertencem ao campo da *transdisciplinaridade*, compreendida aqui como o esforço que articula diferentes competências e especificidades em vez de esfacelá-las. Essa compreensão aproxima-se da noção de anel do conhecimento

conforme discussão de Morin (1983), abordada também em Spink (2003a). Compreendemos a *transdisciplinaridade* como um caminho privilegiado para fortalecer os diálogos entre diferentes domínios de saber, que inclui não somente as disciplinas reconhecidas como válidas na esfera científica, mas também o chamado conhecimento leigo que, infelizmente, na maioria das vezes, é ignorado ou descartado quando se busca compreender processos de saúde e de doença.

Em nosso entendimento, quando as equipes interdisciplinares dos serviços de saúde dialogam com os(as) usuários(as) e procuram envolver a família e a comunidade na busca de melhores estratégias para uma vida mais saudável, estamos praticando a *transdisciplinaridade*.

Nosso argumento é que essa compreensão ampliada de saúde constitui um dos vários elementos que compõem a matriz do campo da Psicologia da Saúde, que passou a ser sistematizada a partir da década de 1960 em Cuba, a partir de 1970, nos Estados Unidos, e a partir de 1980 em alguns estados brasileiros (SEBASTIANI, 2000; MURRAY, 2000; SPINK, 2003a).

A compreensão dada ao termo matriz apóia-se na conceituação desenvolvida pelo filósofo canadense Ian Hacking no livro *Social construction of what?* (HACKING, 2000). Para esse filósofo canadense, as matrizes se formatam em campos relacionais constituídos por redes de materialidades: falas, textos, corpos, emoções, imagens, instituições, organizações, comunidades, tecnologias, arquitetura e tudo o que compõe o social, lembrando que a circulação de poder é parte integrante de todas essas inter-relações. O argumento desse autor é que as idéias presentes em determinada matriz (concepções, noções, conceitos, crenças, teorias, sentidos), isto é, os conteúdos que articulamos em nossas práticas discursivas, não emergem do nada, não existem no vácuo e nem são fruto de processos mentais. Ao contrário, nossas práticas discursivas habitam e se interconectam em determinados campos relacionais, em um determinado cenário social e histórico.

Um outro importante elemento da matriz da Psicologia da Saúde é a inserção de psicólogos em diferentes esferas do cuidado com a saúde, em que se busca ir além da dicotomia saúde física e saúde mental. Suas práticas e produção de conhecimentos inscrevem-se no âmbito dos cuidados primários (prevenção e promoção), secundários (tratamentos mais específicos) e terciários (hospitalização e reabilitação), se tomarmos as categorias utilizadas no sistema brasileiro de saúde. Vale ressaltar que a atuação da Psicologia da Saúde em hospitais gerais caracteriza-se como uma forma de prevenção, uma vez que pode evitar agravamentos de quadros mórbidos já instalados.

Os psicólogos que pesquisam e atuam nesse campo são provenientes, em sua maioria, da Psicologia Clínica (com suas diferentes perspectivas teóricas); da Psicologia Social e Comunitária (também atravessadas por diferentes perspectivas teórico-metodológicas); da formação em Medicina psicossomática e comportamental, para ficarmos com as áreas mais apontadas na literatura (SEBASTIANI, 2000; MURRAY, 2000; SPINK, 2003a).

Em síntese, observa-se que o diálogo entre diferentes esferas de conhecimento proporcionou que se ampliasse a compreensão sobre os processos de saúde e de doença, possibilitando a inserção da Psicologia no sistema oficial de saúde, não mais se restringindo à atuação em consultórios. Constata-se, ainda, que os profissionais que atuam na perspectiva da Psicologia da Saúde enfrentam, ainda hoje, grandes desafios para ressignificar e integrar saberes e práticas trazidas de suas áreas de formação. De qualquer forma, essa inserção é recente, pois apesar do registro da atuação de alguns psicólogos em hospitais datar da década de 1950, como no caso do Hospital das Clínicas de São Paulo, os primeiros concursos públicos para a contratação de psicólogos para a rede de serviços de saúde ocorreram somente na década de 1980 (SEBASTIANI, 2000; SPINK, 2003a).

No que se refere à Psicologia Social da Saúde, busca-se uma atuação que privilegia a compreensão de processos coletivos de produção de sentidos e, portanto, de pessoas que se posicionam e são posicionadas de diferentes maneiras em suas relações cotidianas, que incluem a busca do cuidado com a saúde. Procura-se, portanto, ir ao encontro das necessidades de nosso tempo histórico: necessidades de uma determinada comunidade (indígenas, assentamentos agrários, colônias de pescadores etc.), de determinados grupos (grupos de mães, grupo de planejamento familiar, grupos de pessoas que se articulam por serem portadores de determinada doença crônica, ou de necessidades especiais).

O cuidado com a saúde no Brasil: breves considerações

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já definia saúde como o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade. Por mais ampla e pouco operacional, conforme argumentos críticos a respeito dessa definição, não há como negar que essa definição ainda serve como referência para a formulação de políticas públicas de saúde em diferentes países. Dentre as críticas, há a compreensão de que essa definição acaba por cristalizar as cisões entre saúde física e saúde mental, ou entre indivíduo e sociedade (SCLIAR, 2002).

No caso do Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 reconhece a saúde como um direito social de todas as pessoas e um dever do Estado, posicionando a saúde como algo intrínseco à cidadania e estimulando a descentralização do poder de decisão. Confere, assim, poderes para os municípios elaborarem políticas públicas de saúde que sejam pertinentes com a necessidade local. O texto constitucional referenda os princípios básicos que caracterizam o Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: universalidade; gratuidade; integridade e organização descentralizada, dando prioridade às atividades preventivas, sem, contudo, implicar em prejuízo para a assistência (NEGRI, 2002).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1999, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, complementa esses princípios, estabelecendo que a saúde também é determinada e está condicionada a outros fatores, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, saúde, educação, transporte, lazer e acesso a outros bens e serviços essenciais (NEGRI; VIANA, 2002).

O Brasil é um país de extensão continental (8.522.965 km²) onde a diversidade de saberes e de práticas é encontrada tanto entre regiões como intra-regiões. Além dessa diversidade, compreendida, a princípio, como diferenças de práticas e de saberes, a população brasileira convive com desigualdades de acesso aos cuidados com a saúde, conforme nos conta o livro *Os Muitos Brasis – saúde e população na década de 80* (MINAYO, 1999).

Se a complexidade demográfica e sanitária do Brasil tem em sua matriz os modos de produção, as condições de trabalho e os modos de vida, esses elementos não são suficientes e não têm a última palavra sobre os processos de saúde e de doença da população brasileira. Minayo (1999), inclusive, salienta que esse processo não pode ser reduzido a um modelo dual entre desenvolvimento e subdesenvolvimento, riqueza e pobreza, burguesia e proletariado, exploradores e explorados.

Em que pesem as dificuldades de implementação e garantia de saúde como condição de cidadania, não se negam esforços e avanços em diversos segmentos: aumento da expectativa de vida, menor incidência de doenças infecto-parasitárias, decréscimo das taxas de mortalidade infantil e de mortalidade materna, conforme balanço da década de 1980, feito por Minayo (1999).

É na década de 1980, também, que se intensificam as denúncias das condições sub-humanas dos hospitais psiquiátricos e do sistema asilar, que alimentam as discussões sobre a *desinstitucionalização* no campo da saúde mental. Formulam-se, então, propostas de atendimento em hospitais-dia, na virada para 1990. Apesar de variarem de uma região para

outra, as conquistas do movimento anti-manicomial possibilitaram a inserção do psicólogo também nessa arena, que anteriormente era monopólio da Psiquiatria (CAMPOS, 1992; DELGADO, 2001).

Minayo (1999), entretanto, destaca que na década de 1980, as doenças cardiovasculares, acidentes de trabalho, as diferentes modalidades de câncer, a AIDS, a fome e os bolsões de mortalidade infantil e materna continuaram mostrando tanto as desigualdades sociais como as disparidades regionais.

Agravando esse cenário, a década de 1980 foi palco do crescimento das taxas de mortalidade por violência, que então já respondiam pela segunda causa de óbitos no quadro geral de mortalidade do país (MINAYO, 1999). A violência intra-familiar, por exemplo, foi considerada um caso de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde. Começamos o século XXI, convivendo, em nosso dia-a-dia, com formas de violência variadas que atravessam tanto as relações urbanas como as do campo.

O balanço de dez anos de SUS, uma outra avaliação sobre a saúde de brasileiros e de brasileiras, discute os avanços e os limites da política de saúde no Brasil (NEGRI; VIANA, 2002). Dentre esses avanços, nos apoiando em Negri (2002), merece destaque a ampliação ao acesso dos serviços de saúde, principalmente em decorrência do Programa de Saúde da Família (de 1997 a 2001 passou de 5,6 milhões de pessoas para mais de 50 milhões); diminuição da mortalidade infantil em todas as regiões; ampliação do Programa Nacional de Imunizações; o Programa de DSTs/AIDS (reconhecido internacionalmente como exemplo a ser seguido); aumento de cirurgias eletivas e procedimentos em ambulatório; assistência farmacêutica; prevenção e controle de doenças transmissíveis; redução de desigualdades sociais e de acesso aos serviços (NEGRI, 2002). No que se refere aos desafios, esse autor ressalta que o problema crônico do SUS é a desigualdade regional de prestação de serviços e a distribuição desigual de recursos humanos capacitados.

Somando-se ao desafio de diminuir desigualdades de acesso e melhorar a qualificação dos atendimentos, identificam-se também discursos e iniciativas voltadas à *humanização* do cuidado com a saúde, como é o caso do documento *Humaniza SUS*, que trata da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Ressalta-se, nesses discursos, que esse cuidado tem também como um de seus eixos um campo relacional que vai além de aspectos técnicos. As primeiras iniciativas, articuladas pelos movimentos feministas em saúde, centraram-se nos direitos reprodutivos das mulheres e na humanização do parto. Já a humanização da assistência à criança, segundo Deslandes (2004), faz parte de um escopo mais direcionado ao atendimento a bebês de baixo peso,

internados em UTI. Alguns modelos de assistência pautados por tal princípio, tais como os projetos, Maternidade Segura e Método Canguru, são amplamente apoiados pelo Ministério da Saúde e pela OMS (1996).

Psicologia Social da Saúde: alguns desafios

Ao discutir o compromisso ético-político da atuação de um psicólogo social da saúde, no contexto da Psicologia da Saúde, Spink (2003a) argumenta que esse profissional realiza pesquisa e desenvolve atividades em serviços de atenção primária, em comunidades, dando ênfase à prevenção e à promoção da saúde. Esse profissional pode ainda atuar na esfera pública como conselhos de saúde e fóruns de elaboração de políticas públicas.

O cuidado com a saúde, portanto, diz respeito à comunidade (como processo coletivo), aos usuários dos serviços de saúde (como expressão individual), aos profissionais de diferentes campos de saber (dentre estes o psicólogo) que, sem perder suas especificidades técnicas, devem valorizar o diálogo constante (entre profissionais, entre profissionais e usuários e comunidade), e com as esferas públicas, representadas pelo Ministério da Saúde, que tem no SUS, o conjunto de diretrizes e princípios que regem o cuidado com a saúde dos brasileiros e brasileiras, envolvendo as três esferas de poder: federal, estadual e municipal.

Essa maneira integrada de pensar o cuidado com a saúde é ainda uma utopia a ser perseguida. As dificuldades enfrentadas pela Psicologia em sua inserção no sistema brasileiro de saúde, particularmente no âmbito dos cuidados primários, são compartilhadas por outras disciplinas, uma vez que os currículos de formação, em sua maioria, estão voltados ao atendimento secundário e terciário. Observa-se que na formação dos profissionais permanecem traços hegemônicos de atendimentos pautados pelo Modelo Biomédico, em detrimento da proposta de um Modelo Biopsicossocial, conforme discussão feita por Stroebe e Stroebe (1995).

Nessa perspectiva, dentre os desafios para se constituir uma Psicologia Social da Saúde, realmente voltada à saúde coletiva, entendemos que a formação é um ponto crucial que precisa ser pensado nas instituições que formam profissionais para atuarem na saúde.

Formando Psicólogos Sociais da Saúde

De acordo com Bernardes (2004), a formação em Psicologia, no Brasil, é alvo de muitos estudos e pesquisas. Apesar disso, desde a aprovação da resolução que estabelece o

currículo mínimo, para os cursos de Psicologia, datada de 1962, nenhuma mudança foi materializada em documentos. Nesses 43 anos, muitas experiências locais e pontuais foram construídas e vivenciadas, algumas com sucesso e outras nem tanto. Apesar da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, aprovada em 1996, extinguir todas as resoluções referentes ao currículo mínimo no país, somente agora foi possível a elaboração de uma nova resolução, baseada nas Diretrizes Gerais Curriculares, para a definição de novos parâmetros para os cursos de graduação em Psicologia.

A participação sistemática do psicólogo integrando equipes interdisciplinares na área da saúde tem história bem recente no Brasil, muito embora se tenha conhecimento de profissionais atuando nesta área há mais de 20 anos (DIMENSTEIN, 1998; SEBASTIANI, 2000). Com o surgimento deste novo campo de trabalho, conforme discutido anteriormente, pôde-se constatar uma grande demanda profissional, e tal demanda prende-se ao fato do aparecimento de novas concepções de saúde e doença (SEGRE; FERRAZ, 1997). Com o novo campo de trabalho, surgiram também questionamentos quanto à formação dos psicólogos e se eles estariam aptos a desenvolver suas atividades nessa área, o que exigiria um repensar sobre a saúde e seus aspectos políticos, sociais e econômicos além dos psicológicos. A demanda de psicólogos para atuarem nessa área fez com que houvesse a busca pela definição da área, da função e principalmente das competências, habilidades e os conhecimentos que devem constituir o currículo para a formação desses profissionais (SPINK, 2003b).

Concomitante ao questionamento interno das áreas de saber ligadas aos cuidados com a saúde como, por exemplo, o Movimento Sanitarista, houve também um movimento reivindicatório por parte da população por meio de grupos organizados como as comunidades eclesiais de base, o movimento feminista, a Pastoral da Terra, as Organizações Não Governamentais (ONGs) voltadas às pessoas vivendo com HIV/AIDS e os diversos movimentos ligados à questão da terra. Esses questionamentos foram tão relevantes que foram incorporados ao próprio texto da Constituição Brasileira de 1988, que reconhece a saúde como um direito social de todos e dever do Estado, garantindo a participação da comunidade por meio dos conselhos gestores de saúde (NEGRI, 2002). Essa constituição referencia os princípios do SUS que, dentre os seus princípios, privilegia a prevenção primária e a promoção da saúde.

A prática do estágio curricular em Psicologia: um exemplo

A proposta da inserção da Psicologia em uma vertente mais preventiva, e voltada à promoção da saúde tem uma história recente, no Curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Essa possibilidade surgiu em 2001, com a inclusão, pela primeira vez, da disciplina de Psicologia da Saúde na grade curricular, para o segundo semestre, bem como a expansão do estágio curricular na área Organizacional, que contemplasse instituições na área da saúde, incluindo hospitais gerais e Unidades Básicas de Saúde. Nesse momento, aprofundou-se o diálogo com o curso de Psicologia sobre a importância de estágios curriculares em uma perspectiva da Psicologia Social da Saúde.

Em 2002, com o objetivo de subsidiar os alunos e alunas em sua prática futura na área da Psicologia da Saúde, o Curso de Psicologia, naquela época, programou como uma das atividades do último ano, o estágio supervisionado na área da Psicologia Organizacional, voltado às instituições de saúde. O convênio firmado entre a Universidade Católica Dom Bosco e a Secretaria de Saúde do Município ofereceu uma oportunidade ímpar, ao ampliar a possibilidade dos alunos desenvolverem suas atividades de estágio supervisionado. Essa ampliação possibilitou que os(as) alunos(as) vivenciassem a prática nos diversos serviços e programas da referida Secretaria, identificando as oportunidades para a inserção do(a) psicólogo(a) nesses locais.

Inicialmente, a proposta era para que os alunos vivenciassem as atividades em todos os níveis do SUS, com experiências desde as Unidades Básicas de Saúde até os Centros de Referência. Com a experiência desse ano, ficou evidente que a abordagem preventiva e de promoção da saúde teria maiores possibilidades de ser desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde e no Programa de Saúde da Família, junto a Programas já existentes, tais como de hipertensão e de diabetes. Com essa perspectiva, o estágio curricular foi oferecido na área organizacional específica da saúde, centrando-se em atividades que seriam realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e em Programas de Saúde da Família.

A partir de 2003, ficou formalmente estabelecido que o estágio em Psicologia Organizacional, na área da saúde, fosse desenvolvido especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Programa de Saúde da Família (PSF). A nova proposta apresentada à Secretaria da Saúde do Município foi aceita sem restrições desde o início.

Após a formalização do convênio, a nova etapa foi o contato com os(as) gerentes das Unidades Básicas de Saúde para apresentar o projeto de estágio a ser desenvolvido. No diálogo com os profissionais das UBSs e PSFs e outros representantes da comunidade, percebemos um estranhamento no que se refere à prática de uma Psicologia da Saúde, uma vez que a familiaridade que esses profissionais tinham com a prática do psicólogo estava

diretamente ligada à atuação exclusivamente clínica e diagnóstica. Devido a essa concepção, em alguns locais houve o oferecimento de sala para o atendimento, ou o argumento de que o atendimento não poderia ser realizado porque não havia sala disponível. Havia, também, uma expectativa por parte dos profissionais de que o projeto de estágio seria elaborado *a priori*, ou seja, o(a) aluno(a) já chegaria com o projeto pronto.

No diálogo com as alunas e os alunos a respeito do estágio, inicialmente, enfrentamos dificuldades com a construção do projeto a partir de uma demanda local, produto da vivência nas UBSs e PSFs. Houve, também, dificuldade em lidar com a demanda estereotipada da rede de serviço, onde havia uma expectativa de que os(as) alunos(as) iriam atender segundo o modelo clínico tradicional. Um outro aspecto de relevância a ser considerado nesse tipo de estágio é a ansiedade diante da incerteza com relação às práticas a serem adotadas nesses serviços.

Em um primeiro momento, foi necessário um período de familiarização por parte dos alunos e das alunas, com os serviços públicos de saúde, com os programas oferecidos e com a comunidade. No que se refere aos profissionais dos serviços, observamos ser necessário a familiarização com a proposta de estágio na perspectiva da Psicologia Social da Saúde.

Podemos citar vários exemplos dessa proposta de uma prática voltada à promoção da saúde e prevenção de doenças. Dentre esses, destacamos duas práticas inovadoras, no município de Campo Grande, MS.

A primeira foi o trabalho com um grupo de mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde de Campo Grande, MS. O grupo, coordenado pela estagiária do último ano de Psicologia, reunia-se quinzenalmente para discutir “Coisas de Mulheres”. Entre os tópicos discutidos, podemos citar: planejamento familiar, prevenção de DSTs/AIDS, cuidados com o corpo nas diferentes fases da vida, como a menopausa, gravidez etc. Ressalta-se desse trabalho o esforço para discutir saúde sem correr o risco de *patologizar* aspectos que fazem parte da condição feminina, como por exemplo, problematizar a abordagem biomédica sobre a menopausa, em que essa fase é, muitas vezes, significada tanto pelas mulheres como por profissionais da saúde, apenas como uma fase problemática, aproximando-se, inclusive da noção de doença, conforme discute Menegon (1998; 2004) em sua pesquisa sobre o tema.

A outra prática que destacamos é a atividade de escuta na sala de espera, em que se propicia a formação de rodas de conversa, caracterizadas pela espontaneidade, com temas que mobilizam as pessoas que estão na fila aguardando o atendimento. Nessas conversas informais é possível identificar os diferentes sentidos que as pessoas conferem ao estar

doente e ao cuidado com a saúde. Essas informações são de extrema relevância para a inovação de programas ou propostas de outros programas que possam ser implantados na Unidade Básica de Saúde. Por exemplo, foi durante essas conversas que se detectou a necessidade de implantar uma *brinquedoteca*, que passou a funcionar, semanalmente, no próprio espaço da sala de espera de uma das Unidades Básicas de Saúde, que está inserida no Programa de Estágio da UCDB.

Considerações Finais

Atualmente, os sistemas interdisciplinares, que consideram não apenas as equipes, mas também as pessoas e o seu contexto, estão se multiplicando na área da saúde. Diversos fatores contribuíram para tal fato. Em primeiro lugar, as mudanças substanciais nos sistemas de saúde, onde existe agora a preocupação com os programas de prevenção, havendo a mudança de uma estrutura exclusivamente curativa em direção a uma estrutura também preocupada com a prevenção. Em segundo lugar, novas áreas do conhecimento foram incluídas no complexo sistema de atendimento à saúde, como por exemplo, a Psicologia, a Nutrição, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional, entre outras. Por último, uma compreensão ampliada sobre as diversas esferas da vida da pessoa (familiar, profissional, social) que procura os serviços de saúde. A cada dia fica mais evidente, que apenas a abordagem física do problema não está surtindo os resultados esperados. Um bom exemplo disso é o aumento de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde.

O desenvolvimento de programas e propostas de estágio pautadas pela perspectiva da Psicologia Social da Saúde, parece ser a alternativa que possibilitaria a compreensão dos diversos fatores que contribuiriam ou não para a manutenção da saúde. Nessa proposta a pessoa é vista como uma participante inserida em uma rede complexa de interações e a doença como sendo causada por múltiplos fatores; a pessoa não é vista como uma vítima passiva. Ao contrário, ela é considerada atuante e participante ativa em seu tratamento. Em síntese, a pessoa é vista como um todo, e não apenas como as mudanças físicas ocorridas em seu organismo.

Sob essa perspectiva, a saúde e a doença existem num mesmo *continuum*, no qual o indivíduo oscila conforme sua condição de vida. A adoção dessa proposta exige uma comunicação clara entre todas as pessoas que fazem parte da equipe de saúde, bem como requer uma apreciação mútua do potencial que cada um dispõe para a compreensão do processo saúde-doença.

Referências

BERNARDES, J. S. *O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil - permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais*. 2004. 198 f. Tese (Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

BRASIL. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 7 out. 2004.

CAMPOS, F. C. B. Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de saúde mental. In: _____.(Org.) *Psicologia e Saúde, repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

DELGADO, P.G.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). *Cidadania e Loucura – políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIMENSTEIN, M. D. B. 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.

HACKING, I. Why Ask What? In: _____. *The Social Construction of What?* London: First Harvard University Press, 2000, p. 1-34.

MENEGON, V. M. *Menopausa: imaginário social e conversas do cotidiano*. 1998. 237 f. Dissertação (Programa de Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

_____. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

MINAYO, M. C. S. População brasileira: um retrato em movimento. In: _____. (Org.). *Os Muitos Brasis – saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MURRAY, M. Reconstructing Health Psychology: An Introduction. *Journal of Health Psychology*, v. 5, n. 3, p. 267-271, 2000.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002.

NEGRI, B.; VIANA, A. L. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Care in normal birth: a practical guide*. Maternal and newborn health/Safe motherhood unit family and reproductive health. World Health Organization, Geneva.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social*. Trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva latino-americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000.

SEGRE, M; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SPINK, M.J. Interfaces entre a Psicologia e a Saúde Coletiva: um olhar a partir da Psicologia Social (Palestra). In: IV CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PSICOLOGIA. Salvador, BA, mai. 2005.

_____. Parte I: Psicologia Social e Saúde – Construindo saberes. In: _____. *Psicologia Social e Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2003a.

_____. Parte II: Os Psicólogos na Saúde – Reflexões sobre os contextos da prática profissional. In: SPINK, M. J. *Psicologia Social e Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2003b.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

Recebido para publicação: 05/11/2005

Aceito para publicação: 04/12/2005