

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
COMO POSSIBILIDADE E DESAFIO NA GESTÃO DO  
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO SUS**

**ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Gabriele Azevedo Neuenfeldt**

**CACHOEIRA DO SUL/RS, BRASIL  
2014**

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO  
POSSIBILIDADE E DESAFIO NA GESTÃO DO ATENDIMENTO  
PSICOLÓGICO NO SUS**

**Gabriele Azevedo Neuenfeldt**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup> Caroline Curry Martins**

**Cachoeira do Sul/ RS, Brasil  
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria – UFSM**  
**Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS**  
**Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em**  
**Saúde EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o  
Artigo de Conclusão de Curso

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO**  
**POSSIBILIDADE E DESAFIO NA GESTÃO DO ATENDIMENTO**  
**PSICOLÓGICO NO SUS**

Elaborada por  
**Gabriele Azevedo Neuenfeldt**

como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de**  
**Organização Pública em Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Ms.<sup>a</sup> Caroline Curry Martins**  
**(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Ethel Bastos da Silva**  
**(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)**

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Loiva Beatriz Dellepiane**  
**(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)**

**Cachoeira do Sul, 30 de agosto de 2014.**

## **RESUMO**

Artigo Científico  
Pós-Graduação Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO POSSIBILIDADE E DESAFIO NA GESTÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO SUS**

**AUTORA: GABRIELE AZEVEDO NEUENFELDT**

**ORIENTADORA: Ms.<sup>a</sup> CAROLINE CURRY MARTINS**

**Data e Local da Defesa: Cachoeira do Sul, 30 de agosto de 2014.**

O presente artigo faz uma revisão da legislação brasileira demarcando o espaço disponibilizado para o atendimento psicológico, bem como define uma abordagem psicoterápica que vá ao encontro dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS. A partir da revisão bibliográfica, entende-se que a existência de uma padronização nos atendimentos, baseados em uma terapia breve, resolutiva e eficaz torna o atendimento eficiente e rápido. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido referenciada como a abordagem mais eficaz no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos e a demanda é cada vez maior pela utilização de intervenções que incluam a redução no tempo do tratamento e a busca de dados empíricos de resultados. Devido a enorme quantidade de estudos atestando a eficácia da TCC, esta tem sido considerada a mais importante e mais bem validada entre as abordagens psicoterápicas, fazendo jus à indicação como tratamento-padrão para o sistema de saúde. Fazer gestão significa identificar um problema e buscar soluções, entende-se que a utilização da TCC de forma padronizada nos atendimentos psicológicos prestados no SUS pode trazer inúmeros benefícios e auxiliar a população, sendo uma forma de melhor gerenciar a atividade do psicólogo na rede pública de saúde.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental; Atendimento Psicológico; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde – SUS

# **ABSTRACT**

Scientific Article

Graduate Specialization in Management of Public Health Organization  
Universidade Federal de Santa Maria

## **THE COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY AS A POSSIBILITY AND A CHALLENGE IN THE PSYCHOLOGICAL CARE MANAGEMENT OF THE NHS**

**AUTHOR: GABRIELE AZEVEDO NEUENFELDT**

**ADVISER: MS<sup>a</sup> CAROLINE CURRY MARTINS**

**Defense Place and Date: Cachoeira do Sul, August 30<sup>th</sup>, 2014.**

The current article reviews the Brazilian legislation establishing an area available for psychological care, as well as defines a psychotherapeutic approach which meets the principles and guidelines established by the National Health System - NHS. From the bibliographic review, it's understood that the existence of a standardization in care, based on a brief, resolute and effective therapy becomes an efficient and fast service. Cognitive-behavioral therapy (CBT) has been referred to as the most efficient approach in the treatment of several psychiatric disorders and the demand of interventions that include a reduction on treatment length and the quest for empirical data results is increasing. Due to a huge amount of studies attesting the efficiency of CBT, it has been considered the most important and best evaluated among the psychotherapeutic approaches deserving the nomination as standard treatment for the NHS. Managing means identifying a problem and finding solutions, so it must be understood that using CBT to standardize the psychological care at the NHS may bring several benefits as well as helping the population, being a way to better manage the activities of the psychologist in the NHS.

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy; psychological care; health management; National Health System - NHS

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO POSSIBILIDADE E  
DESAFIO NA GESTÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO SUS**

**THE COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY AS A POSSIBILITY AND A  
CHALLENGE IN THE PSYCOLOGICAL CARE MANAGEMENT OF THE NHS**

**LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO UNA POSIBILIDAD Y  
DESAFÍO A LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO PSICOLÓGICO EN  
SUS**

**Terapia cognitivo-comportamental no SUS**

Gabriele Azevedo Neuenfeldt Martins<sup>a</sup>

Caroline Curry Martins Martins<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde/EaD/Universidade Federal de Santa Maria/Cachoeira do Sul/RS/BR.

<sup>b</sup> Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria/Palmeira das Missões/RS/BR.

**Autor correspondente:**

Prof<sup>ª</sup> Msc. Caroline Curry Martins

Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/ UFSM-CESNORS

Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, 98300-000. Palmeira das Missões, RS

Fone/Fax: (55) 3742-8884

e-mail: [camartins.farma@gmail.com](mailto:camartins.farma@gmail.com)

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO POSSIBILIDADE E  
DESAFIO NA GESTÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO SUS**

**THE COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY AS A POSSIBILITY AND A  
CHALLENGE IN THE PSYCOLOGICAL CARE MANAGEMENT OF THE NHS**

**LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO UNA POSIBILIDAD Y  
DESAFÍO A LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO PSICOLÓGICO EN  
SUS**

**Terapia cognitivo-comportamental no SUS**

## **RESUMO**

O presente artigo faz uma revisão da legislação brasileira demarcando o espaço disponibilizado para o atendimento psicológico, bem como define uma abordagem psicoterápica que vá ao encontro dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS. A partir da revisão bibliográfica, entende-se que a existência de uma padronização nos atendimentos, baseados em uma terapia breve, resolutiva e eficaz torna o atendimento eficiente e rápido. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido referenciada como a abordagem mais eficaz no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos e a demanda é cada vez maior pela utilização de intervenções que incluam a redução no tempo do tratamento e a busca de dados empíricos de resultados. Devido a enorme quantidade de estudos atestando a eficácia da TCC, esta tem sido considerada a mais importante e mais bem validada entre as abordagens psicoterápicas, fazendo jus à indicação como tratamento-padrão para o sistema de saúde. Fazer gestão significa identificar um problema e buscar soluções, entende-se que a utilização da TCC de forma padronizada nos atendimentos psicológicos prestados no SUS pode trazer inúmeros benefícios e auxiliar a população, sendo uma forma de melhor gerenciar a atividade do psicólogo na rede pública de saúde.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Atendimento Psicológico; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde – SUS.

## **ABSTRACT**

The current article reviews the Brazilian legislation establishing an area available for psychological care, as well as defines a psychotherapeutic approach which meets the principles and guidelines established by the National Health System - NHS. From the bibliographic review, it's understood that the existence of a standardization in care, based on a

brief, resolute and effective therapy becomes an efficient and fast service. Cognitive-behavioral therapy (CBT) has been referred to as the most efficient approach in the treatment of several psychiatric disorders and the demand of interventions that include a reduction on treatment length and the quest for empirical data results is increasing. Due to a huge amount of studies attesting the efficiency of CBT, it has been considered the most important and best evaluated among the psychotherapeutic approaches deserving the nomination as standard treatment for the NHS. Managing means identifying a problem and finding solutions, so it must be understood that using CBT to standardize the psychological care at the NHS may bring several benefits as well as helping the population, being a way to better manage the activities of the psychologist in the NHS.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy; psychological care; health management; National Health System - NHS.

## **RESUMEN**

El presente artículo hace una revisión de la legislación brasileña demarcando el espacio disponibilizado para la atención psicológica, así como define un abordaje psicoterapéutico que va al encuentro de los principios y directrices recomendadas por el SUS. A partir de la revisión bibliográfica, entendiéndose que la existencia de una padronización en la atención de los pacientes, basados en una terapia breve, resolutiva y eficaz torna la atención al paciente eficiente y rápida. La terapia cognitivo-comportamental (TCC) ha sido referenciada como el abordaje más eficaz en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos y la demanda es cada vez mayor por la utilización de intervenciones que incluyan la reducción del tiempo del tratamiento y la búsqueda de datos empíricos de resultados. Debido a la enorme cantidad de estudios atestando la eficacia de la TCC, esta ha sido considerada la más importante y de

mayor validez entre las abordajes psicoterapicas , haciendo jus a la indicación como tratamiento padrón para el sistema de salud. Hacer gestión significa identificar un problema y buscar soluciones, entendiéndose que la utilización de la TCC de forma padronizada en los atendimientos psicológicos prestados por el SUS puede traer inumeros beneficios y auxiliar la población, siendo una forma de gerenciar mejor la actividad del psicologo en la red publica de salud.

Palabra clave: terapia cognitivo-comportamental, atención psicológica, gestión de la salud, sistema único de salud.

## **1. INTRODUÇÃO**

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doenças. Os sistemas de saúde são definidos como o conjunto de atividades no qual o principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde da população. E o objetivo da OMS é desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos. (Richard Straub, 2005).

Concordantemente com a definição da OMS, na legislação brasileira, segundo a Regulamentação dos Serviços de Saúde Mental no Brasil (2013), publicada pelo Conselho Federal de Psicologia, os serviços psicológicos estão expressamente incluídos no conjunto de serviços essenciais à realização do direito humano fundamental, a saúde.

Originalmente chamada de cura pela fala, a psicoterapia, para Cordioli (2008), teve uma longa trajetória no decorrer dos últimos séculos, muito antes da sua regulamentação, tendo uma grande proliferação de modelos e métodos apoiados em diferentes concepções sobre os sintomas e os funcionamentos mentais, muitas vezes conflitantes e até antagônicos. Uma babel de linguagem e métodos instalou-se na área, confundindo tanto os profissionais

como as pessoas necessitadas de tratamento. A proliferação de teorias nem sempre foi acompanhada da correspondente preocupação em comprová-las e em avaliar a efetividade dos métodos propostos, seus alcances e seus limites.

As psicoterapias são métodos de tratamento realizados por profissionais treinados com o objetivo de reduzir ou remover um problema, uma queixa ou um transtorno do paciente, utilizando para tal fim, meios psicológicos. As psicoterapias constituem-se em importantes recursos para o tratamento dos transtornos mentais e dos problemas de natureza emocional, sendo, em algumas situações, o método mais efetivo de que se dispõe e um importante coadjuvante de outros métodos de tratamento (Cordioli, 2008).

Na atualidade existem mais de 250 modalidades distintas de psicoterapias, descritas em mais de 10 mil livros e em milhares de artigos científicos. Este número significativo de modalidades torna o campo da psicologia vasto e diversificado, possibilitando múltiplas formas de atuação (Cordioli, 2008).

A psicologia no serviço de saúde público, assim como nos demais campos de atuação, não possui uma padronização que possa auxiliar e regulamentar os atendimentos. A falta desta padronização faz com que profissionais atuem com diferentes abordagens psicoterápicas, distintos objetivos e fundamentos teóricos, bem como quanto à frequência das sessões, ao tempo de duração, ao treinamento exigido dos terapeutas, às condições pessoais de cada método. Assim, atuam com diferentes meios e com infindas formas de tratamento, sendo que estas nem sempre estão de acordo com as preconizações do Sistema Único de Saúde (SUS). Torna-se necessária a mudança nas práticas profissionais com uma normatização que guie o exercício profissional no campo da saúde pública. (Cordioli, 2008).

Baseado nos estudos científicos e na identificação dos melhores resultados dentre as centenas de psicoterapias existentes, a terapia cognitivo-comportamental mostra-se uma eficaz ferramenta para inserir o psicólogo de maneira mais efetiva e em consonância com os

princípios instituídos na Constituição Federal e, por consequência, na Lei Orgânica da Saúde, lei 8.080/90. É a abordagem que melhor corresponde à demanda atual do país, da população e do sistema de saúde. (Cordioli, 2008).

O que assinala os terapeutas como profissionais de abordagem psicoterápica diferente, para Sudak (2008), é o modo como conceituam o desenvolvimento de determinados transtornos e a formulação que fazem de cada paciente e de como ele desenvolveu um determinado conjunto de problemas. A inexistência de uma padronização gera uma grande variabilidade do modo como o serviço é prestado, com resultados nem sempre dentro do esperado e sem coerência no tratamento realizado por diferentes profissionais.

Um dos instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão de serviços é a utilização de protocolos, que tem como fundamentação estudos validados por evidências científicas. O foco dos protocolos é a padronização de condutas clínicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. A padronização é considerada como um elemento importante para a obtenção de qualidade dos serviços. (Werneck; Faria & Campos, 2009).

Em 2006, o Pacto pela Saúde buscou induzir a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo esteja amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados. A utilização de protocolos passou a fazer parte do trabalho cotidiano da maioria dos municípios brasileiros. (Brasil, 2006 – apud Werneck, M. A. F.; Faria, H. P. F & Campos, K. F. C., 2009).

A qualidade da atenção deve ser mensurada pela melhor integração dos serviços e aplicação dos recursos disponíveis, visando obter os melhores índices possíveis de saúde dos usuários do sistema, bem como o mais baixo custo de recursos e os mais baixos riscos e efeitos adversos sobre os indivíduos, as comunidades e o sistema. (Stein, 2005 - apud Werneck, M. A. F.; Faria, H. P. F & Campos, K. F. C., 2009).

A gestão através das diretrizes são recomendações preparadas de forma sistemática, com base em evidências científicas e com o objetivo de influenciar as decisões dos profissionais de saúde dos pacientes a respeito do atendimento adequado. (Instituto of medicine, 1990 - apud Werneck, M. A. F.; Faria, H. P. F & Campos, K. F. C., 2009).

A função enquanto gestores e ao mesmo tempo especialistas na nossa área de atuação é identificar e solucionar possíveis problemas, como: inespecificidade de abordagem psicológica na rede básica de saúde e, com isso, a falta de uma maneira única, breve e eficaz de ajudar a população no manejo do seu sofrimento psíquico e dos transtornos mentais. A forma mais eficiente de solucionar o déficit do atendimento psicológico seria a definição de uma abordagem psicológica norteadora dos atendimentos psicológicos que suprisse a demanda e forma de funcionamento do sistema de saúde

É substancial reconhecer que o estado brasileiro ainda tem muito a melhorar no que se refere a usar instrumentos gerenciais que aumentem a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde. Deparando-se com esta realidade, o presente artigo visa fazer uma análise legislativa da saúde mental no Brasil, bem como respaldar uma teoria que esteja em consonância com a legislação e ao mesmo tempo contemple a demanda social. Para atingir tais fins, o artigo padroniza a linha teórica dos atendimentos psicológicos prestados pelo SUS, assim como traz uma nova proposta de política pública de saúde através da demonstração de que a teoria cognitivo-comportamental está em perfeita consonância com os princípios e diretrizes do SUS, podendo auxiliá-lo a tornar o atendimento melhor, mais efetivo e resolutivo. Sendo esta a proposta para a eficiência gerencial (fazer mais com os mesmos recursos) no que tange a parte psicológica do serviço de saúde.

## **2. METODOLOGIA**

Segundo Prodanov e Freitas (2009), este estudo tem caráter descritivo e exploratório, é uma reflexão teórica que contém levantamentos bibliográficos, como: artigos, livros e revistas científicas. A busca foi realizada no portal *Scielo*, nas resoluções e portarias do Sistema Único de Saúde, nas legislações nacionais vigentes, nas publicações do Conselho Federal de Psicologia e nos livros da abordagem cognitivo-comportamental.

A pergunta norteadora do trabalho foi: “O tratamento psicológico não seria mais efetivo se o SUS o padronizasse com a terapia cognitivo-comportamental?”. Todos os trabalhos encontrados e associados a essa pergunta foram utilizados no estudo.

## **3. REFLEXÃO TEÓRICA**

### **3.1. Sistema Único de Saúde - SUS**

A saúde, de acordo com Rangé (2011), teve seu reconhecimento expresso como um direito de todos e dever do Estado através da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 nos artigos de 196 a 200. A partir desse reconhecimento, o Estado brasileiro organizou o SUS, regido pela lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços públicos de saúde no país.

O Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil define que: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Reconhecendo a saúde como um direito fundamental do ser humano, o SUS é a instituição jurídica criada para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil que estabelece seus princípios e diretrizes, expõe

algumas de suas competências e fixa parâmetros financeiros das ações e serviços públicos de saúde.

O SUS, conforme a lei 8.080/90, é um sistema público de saúde que oferece desde consultas ambulatoriais até os procedimentos mais complexos. O atendimento do SUS é orientado pelos princípios da universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, da integralidade (entendida como um conjunto articulado de ações e serviços em todos os níveis de complexidade do sistema) e da equidade – prestar atendimento igualmente a todas as pessoas, independente de quaisquer condições.

Esse sistema reúne em si todas as instituições jurídicas que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde no Brasil com o desafio de fazer este sistema ser eficiente para a saúde. (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

### 3.2. A Inserção do Psicólogo no Sistema Único de Saúde

A rede de atenção à saúde no SUS está dividida em três níveis: primária, secundária e terciária. O nível primário corresponde às ações relacionadas ao serviço de baixa complexidade (atenção básica) focado principalmente nas ações de promoção e prevenção de doenças. O nível secundário envolve os serviços de média complexidade, com ênfase nas ações de cuidado e cura. Já o nível terciário engloba ações de alta complexidade, como os serviços de reabilitação e cuidados paliativos. Nestes três níveis de atenção, os atendimentos psicológicos podem ser prestados tanto aos pacientes como a equipe de saúde, de forma individual ou em grupos. (Rangé, 2011).

Definindo os espaços para o atendimento psicológico, a Portaria SNAS nº224/92 determinou diretrizes e normas para os serviços de saúde mental a serem oferecidos em unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios – nível primário de atenção. Entre as normas consta que a atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as

seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais: atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal; visitas domiciliares e atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

A maior parte dos atendimentos psicológicos, conforme o Conselho Federal de Psicologia na Regulamentação dos Serviços de Saúde Mental no Brasil (2013) são prestados nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que fazem parte do nível secundário de atenção e são regidos pela portaria nº 336/GM de 2002.

Percebe-se que as determinações da Portaria SNAS nº 224/92, bem como a portaria nº336/GM de 2002, confirmam a participação de serviços psicológicos no atendimento em diferentes níveis de atenção em saúde mental. Portanto, a regulação do atendimento ambulatorial em saúde mental no âmbito do SUS obedece à proposta de atenção integral e define a presença do psicólogo de maneira efetiva e indispensável nos serviços de saúde pública.

É preconizado que todas as alternativas terapêuticas e medicamentosas da atenção à saúde mental no âmbito do SUS devem ser tentadas antes de entrar em cena o atendimento hospitalar - o nível terciário de atenção. Esse entendimento é confirmado pela Portaria GM/MS nº 2.391/2002, que determina, no art. 2º, que “a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível”. Estas questões vão ao encontro das proposições da reforma psiquiátrica que protege as pessoas acometidas de transtornos mentais e melhora a assistência a saúde mental. Devido as demonstrações e as legislações que entendem o quanto é melhor realizar o tratamento de maneira ambulatorial, Rangé (2011) entende que este deve ser melhor qualificado para gerar resultados realmente significativos e evitar que sejam utilizados recursos mais complexos, como internações.

O Conselho Federal de Psicologia publicou a Regulamentação dos Serviços de Saúde Mental no Brasil (2013) para organizar e identificar as principais normas jurídicas que regulam a atenção à saúde mental no Brasil. Esta normatização preconiza que a abordagem terapêutica para lidar com transtornos mentais severos e persistentes no atendimento em saúde mental no SUS seja a terapia psicossocial, compreendendo sessões de terapia individual e em grupo. Porém, existe uma dificuldade de se delimitar e conceituar o que seria o atendimento psicossocial. O nome dado a esse tipo de atendimento varia dentro da própria regulamentação do SUS, porque o leque de serviços englobados nesta terapia é muito abrangente, díspare e inespecífico.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial foi considerada um avanço para o campo da saúde, mas é necessário refletir sobre o termo “psicossocial”, pois este conceito significa a junção do psicológico com o social, mas, na prática, essas ações seguem separadas nos atendimentos em saúde. A contribuição do Conselho Federal de Psicologia sobre o decreto 7.508/11 entende que designam leis, diretrizes e normatizações definindo o modelo psicossocial como base para os atendimentos em saúde, porém a práxis destas normatizações não são claramente definidas, o que torna difícil relacionar a normatização preconizada e a prática.

O presente artigo não é contrário à utilização do entendimento psicossocial para o serviço público em saúde em diversos contextos populacionais e situacionais, porém é necessário um melhor entendimento desta abordagem. Além da abordagem psicossocial, existe um significativo número de pessoas que necessitam de um tratamento psicológico focado e específico devido a um transtorno mental que demanda cuidados singulares. Diversas normatizações legislativas aduzem a integralidade e a sua forma psicossocial de funcionamento, mas pessoas com transtornos mentais que precisam de tratamento específico e não apenas psicossocial acabam ficando à margem. Nestes casos, o Art. 2, inciso VII do

decreto 7508/11 entende que “Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial”. É baseado nesta premissa que se enquadra o presente trabalho.

Em consonância com o exposto no começo desta explanação, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, este tem que promover da melhor maneira a prevenção, proteção e promoção da saúde. O funcionamento do atendimento psicológico seja no atendimento ambulatorial, emergencial, hospitalar ou demais serviços – nos três níveis de atenção - se faz necessário. (Rangé, 2011).

### 3.3. A Formação do Psicólogo e o Serviço Público de Saúde

Dentre os impasses atuais vividos pelo psicólogo no SUS encontra-se o modelo prevalente de formação nos cursos de graduação que privilegiam a clínica privada. Esse fator gera ações profissionais que tendem a reforçar um modelo de identidade profissional clássico, centrado no atendimento individual, em detrimento de uma atuação mais interventiva no campo da saúde pública. (Neto, 2010)

Conforme Neto (2010) há uma presença crescente de psicólogos na saúde pública no Brasil. Dados recentes, citados por Spink (2007, apud Neto, 2010), contabilizam 14.407 psicólogos trabalhando no SUS, o que corresponde a 10% dos psicólogos registrados no Sistema Conselhos de Psicologia. Essa porta de entrada na saúde pública, associada ao modelo prevalente de formação nos cursos de graduação, acarretou alguns impasses na atuação do psicólogo na saúde.

A admissão do psicólogo nos serviços públicos aconteceu com a intenção de estabelecer padrões alternativos ao hospital psiquiátrico com vistas à diminuição de gastos e maior eficácia dos atendimentos por meio do desenvolvimento de equipes multiprofissionais. (Carvalho e Yamamoto, 2002 - apud Araújo e Santos, 2013).

Para que o psicólogo possa trabalhar na área da saúde, uma formação adequada e consistente é necessária. Como nem sempre este é um requisito, muitos psicólogos atuam de maneira inapropriada, habitualmente fazendo uma transposição do modelo clínico para contextos de saúde. (Rangé, 2011).

Denominar e definir adequadamente a área de atuação do psicólogo na saúde é fundamental, uma vez que esta terminologia irá influenciar a prática, as diretrizes para a formação profissional e a realização de pesquisas. Além disso, a utilização indiscriminada de termos confunde e limita o campo de atuação, bem como o seu desenvolvimento. (Miyazaky, 2010 - apud Rangé, 2011).

Na saúde, além do número de psicólogos ser insuficiente para atender a demanda, muitos dos que trabalham na área desenvolvem uma prática desvinculada dos objetivos das instituições em que atuam e da população atendida. Isto ocorre porque os psicólogos não conseguem se desvincular do modelo clínico para o trabalho institucional em saúde o que gera altos índices de abandono, baixa adesão, atrasos, faltas e resultados aquém do esperado. (Dimenstein, 1998; Pires 2006; Miyazaki 2010 - apud Rangé, 2011).

#### 3.4. História e Desenvolvimento da Terapia Cognitivo-Comportamental

Psicoterapia, segundo Cordioli (2008), é um método de tratamento mediante o qual um profissional treinado, valendo-se de meios psicológicos, especialmente a comunicação verbal e a relação terapêutica, realiza, deliberadamente, uma variedade de intervenções, com o intuito de influenciar um cliente ou um paciente, auxiliando-o a modificar problemas de natureza emocional, cognitiva e comportamental, já que ele procurou com esta finalidade. O terapeuta utiliza meios psicológicos como forma de influenciar o paciente, tendo a comunicação verbal como seu principal recurso. Psicoterapia é um tratamento primariamente interpessoal, baseado em princípios psicológicos que envolvem um profissional treinado e um

paciente portador de transtorno mental, problema ou queixa, o qual solicita ajuda. O tratamento é planejado pelo terapeuta com o objetivo de modificar o transtorno, problema ou queixa e é adaptado a cada paciente em particular.

A terapia cognitivo-comportamental é uma das formas de psicoterapia e, conforme Wright, Basco e Thase (2008), teve na sua origem a parte comportamental separada da parte cognitiva. Os componentes comportamentais deste modelo tiveram início nos anos de 1950 a 1960, através das idéias de Watson, Pavlov, Skinner e outros behavioristas comportamentais que exploraram o potencial das intervenções comportamentais, baseado nas teorias e nos princípios da aprendizagem para explicar o surgimento, a manutenção e a eliminação de sintomas. Inicialmente, não se pensava na parte cognitiva, o foco era moldar o comportamento mensurável com reforçadores.

A terapia cognitiva, segundo Rangé (2011), foi desenvolvida por Aaron Beck e colaboradores no início da década de 1960. Ele era psicanalista, professor e pesquisador e através do estudo do processo psicológico central envolvido na depressão criou uma nova teoria. Beck foi a primeira pessoa a desenvolver teorias e métodos para aplicar as intervenções cognitivas e comportamentais a transtornos emocionais e, conforme Wright, Basco e Thase (2008), defendeu a inclusão de métodos comportamentais desde o início.

Os fatores primordiais, segundo Zanelatto e Laranjeira (2013), que fizeram Aaron Beck elaborar uma teoria que suprisse melhor a demanda e fosse mais efetiva foi a falta de objetividade e precisão das outras abordagens, bem como a postura passiva do psicólogo, não existia consenso sobre o problema de cada caso e não se considerava tanto o consciente e o pré-consciente.

Nos últimos 40 anos, a terapia cognitivo-comportamental, segundo Rangé (2011), teve um crescimento rápido e ascendente, sendo uma das primeiras formas de psicoterapia que tem demonstrado eficácia em pesquisas cientificamente rigorosas e também uma das primeiras a

dar atenção ao impacto do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente. Esta abordagem está se consolidando como uma das psicoterapias mais proeminentes na atenção ao paciente que sofre de transtornos psicológicos diversos. Sua prática tem sido desenvolvida por profissionais que buscam formação especializada e segue de modo bastante coerente a orientação do modelo original do criador desta abordagem, Aaron Beck.

O trabalho nesta abordagem atrai o interesse do mundo todo, conforme Beck, Freeman e Davis (2005), centros de terapia cognitivo-comportamental foram fundados em todos os continentes, exceto na Antártica. A direção mais segura é que esta teoria está aumentando, porque são as que mais se desenvolvem e mais são pesquisadas no cenário contemporâneo. As razões para sua corrente popularidade são claras: ela consta em manuais, é relativamente breve, foi extensamente avaliada, é compatível com medicação e focada no problema. O interesse por esta abordagem cresceu 600% desde 1973.

### 3.5. Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitivo-comportamental, conforme Wright, Basco e Thase (2008), baseia-se em preceitos sobre a função da cognição no controle da emoção e dos comportamentos humanos, sendo os erros cognitivos os responsáveis pelos transtornos mentais.

A cognição, conforme Cordioli (2008), é o conteúdo do pensamento e os processos envolvidos no ato de pensar. Representa a síntese de estímulos internos e externos e evidencia o modo como a pessoa avalia a situação. Reflete a visão da pessoa sobre si mesma, seu mundo, seu passado e seu futuro. As alterações no seu conteúdo afetam seu estado afetivo e seu padrão comportamental.

A psicopatologia, segundo Sudak (2008), deriva de perturbações que ocorrem no pensamento/cognição do paciente e que colorem a percepção de um modo específico. De

acordo com este pensamento, Cordioli (2008) afirma que a teoria fundamenta-se no processo patológico das informações, erros (de lógica) no processamento da informação sob a forma de pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas típicas. Há também esquemas disfuncionais nos transtornos de personalidade, nas relações conjugais e familiares. Essas distorções cognitivas, associadas a erros de lógica, como avaliações e interpretações distorcidas, provocam alterações no humor, reações físicas e comportamentos desadaptativos, que acabam criando e perpetuando um círculo vicioso.

As emoções humanas têm como base o pensamento, a mente em constante atividade, gerando raciocínios, afetos e condutas que permitem ao indivíduo uma maior ou menor percepção da realidade. Mais do que fatos em si, a forma como os indivíduos os interpreta influencia a forma como ele se sente e se comporta em sua vida. Uma mesma situação produz reações distintas em diferentes pessoas, e uma mesma pessoa pode ter reações distintas a uma mesma situação em diferentes momentos de sua vida. (Rangé, 2011).

Um mesmo evento, para Zanelatto e Laranjeira (2013), pode ser interpretado por diferentes indivíduos como agradável, ameaçador ou hostil e, dependendo dessa interpretação, a pessoa poderá se sentir satisfeita, amedrontada, enraivecida ou deprimida; conseqüentemente, ela se comportará de forma espontânea, retraída ou agressiva. A implicação clínica para essa premissa está na possibilidade da atividade cognitiva ser identificável e acessível, mesmo que, a princípio, o indivíduo não esteja consciente dela. A mudança terapêutica acontece por meio da alteração de modos de pensamentos idiossincráticos e disfuncionais. Conseqüentemente, a atividade cognitiva pode ser avaliada e modificada. Essa mudança, por sua vez, influenciará e será influenciada pela emoção e pelo comportamento. A mudança comportamental é uma indicação de uma mudança cognitiva.

O pensamento distorcido ou disfuncional é comum a todos os transtornos, conforme Beck (1997). A avaliação realística e a modificação do pensamento produzem uma melhora no

humor e no comportamento. A melhora duradoura é resultado da modificação das crenças disfuncionais do paciente.

A cognição é considerada como uma força primária na determinação do comportamento humano. O objetivo da terapia é reverter crenças disfuncionais e comportamentos relacionados. O desenvolvimento de um estilo saudável de pensamento pode reduzir a angústia e dar uma maior sensação de bem-estar. (Wright, Basco e Thase, 2008).

A terapia cognitivo-comportamental, segundo Rangé (2011), possui pressupostos básicos que norteiam a forma de resolução dos transtornos psicológicos, são eles: a atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento.

A abordagem cognitivo-comportamental, segundo Rangé (2011), é estruturada, diretiva e colaborativa, com um forte componente educacional, orientada para o aqui e agora, de prazo limitado, é uma terapia focal, focada nos problemas específicos e na mudança da cognição para que ocorra a mudança do afeto, tendo sua eficácia cientificamente comprovada para uma série de transtornos mentais.

Complementando os atributos da terapia cognitivo-comportamental, Zanelatto e Laranjeira (2013), salientam que: o modelo é participativo (o terapeuta e o paciente tem um papel ativo e estabelecem metas terapêuticas); as sessões têm uma sequência de objetivos pré-determinados para as fases inicial, intermediária e final do tratamento; é orientada para a resolução de problemas de maneira colaborativa e também para o desenvolvimento de habilidades para a resolução independente dos problemas presentes e futuros dos pacientes. Para Datílio e Freeman (1998), é um processo cooperativo de investigação empírica, testagem da realidade e resolução de problemas entre o terapeuta e o paciente.

O processo terapêutico, segundo Zanelatto e Laranjeira (2013), tem duração curta e limitada, somando, na maioria dos casos, entre 12 e 24 sessões, o que torna a terapia

cognitivo-comportamental apropriada ao contexto socioeconômico atual e possibilita sua utilização pelo sistema público de saúde. O conjunto de características apresentadas permite afirmar que esta abordagem, seguramente, reflete uma mudança de paradigma no campo das psicoterapias.

O referencial teórico da terapia cognitivo-comportamental, conforme Cordioli (2008), permite que se utilizem várias técnicas, tanto individuais como em grupo, com o intuito de se trabalhar habilidades de relacionamento, estilo de vida, ajustamento social, redução do estresse, resolução de problemas, dentre outros, permitindo mais controle sobre a situação-problema.

A prática clínica da terapia cognitivo-comportamental baseia-se em um conjunto de teorias bem desenvolvidas que são usadas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta. Existe um amplo arsenal de instrumentos, escalas, registros e técnicas que o terapeuta cognitivo-comportamental utiliza em sua prática com o objetivo de avaliar os sintomas e corrigir as crenças distorcidas (Wright, Basco e Thase, 2008).

É um sistema de psicoterapia com uma teoria da personalidade e da psicopatologia unificadas, apoiadas por evidências empíricas substanciais – conforme Beck (1997). A aplicação dos diversos recursos oferecidos por esta abordagem serve a praticamente todas as populações clínicas, sendo que a terapia tem sido aplicada a todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, pacientes geriátricos, entre outros) e utilizada em settings variados (ambientes sem e com internações, individual, casais, grupos e famílias) (Beck, Freeman, Davis; 2005). Complementando estes recursos da abordagem, Beck (1997) salienta que foi comprovada a sua efetividade com pacientes de diferentes níveis de educação, renda e *background* (contexto).

A terapia cognitivo-comportamental é fundamentada nestes princípios: formulação de um contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos; requer

uma aliança terapêutica segura; enfatiza colaboração e participação ativa; é orientada por um objetivo e focalizada em problemas; a terapia inicialmente enfatiza o presente; é educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída; visa ter um tempo limitado; as sessões são estruturadas; ensina os pacientes a identificar e avaliar seus pensamentos e crenças disfuncionais e a responder a eles; utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamentos, humor e comportamento (Cordioli, 2008).

O objetivo principal da terapia cognitivo-comportamental é dar autonomia ao paciente, torná-lo capaz de ser o seu próprio terapeuta, dando aos pacientes a capacidade de lidarem sozinhos com os seus problemas, aumentando a independência e criando possibilidades de fluxo de pacientes. Esta abordagem reduz a chance de faltas e abandonos porque os resultados são rápidos e eficazes (Rangé, 2011).

A finalidade não é ensinar o paciente a “brincar de contente”, mas torná-lo capaz de poder interpretar a realidade, identificar as distorções cognitivas características de sua patologia, visando capacitar o paciente para que ele possa aprender a fazer reestruturações cognitivas e conseguir estabelecer estratégias que perpetuem essa habilidade de forma duradoura. É a prática fora da sessão, no dia a dia do paciente, por meio de tarefas combinadas a serem praticadas entre uma sessão e outra, que dá ao paciente o domínio das diferentes técnicas da terapia, que o levam a uma reestruturação cognitiva e a uma consequente melhora no seu humor e no comportamento cotidiano (Rangé, 2011).

A terapia cognitivo-comportamental, conforme Zanelatto e Laranjeira (2013), surgiu há poucas décadas e, nesse curto tempo, tornou-se o mais validado e reconhecido sistema de psicoterapia. As idéias de Aaron Beck renderam um volumoso número de estudos e publicações, refletindo hoje o que há de melhor no estágio atual do pensamento e da prática psicoterápica. A validação da sua eficácia confere-lhe o justificado prestígio e confiança. Sua alta treinabilidade a torna um modelo acessível a diversas classes de profissionais da saúde

que, na maioria das vezes, precisam adaptar-se ao número limitado de recursos, tendo que se adequar aos contextos e as demandas.

#### **4. DISCUSSÃO**

Fazer gestão significa ter foco em resultados, pensando através dos objetivos e de metas pré-estabelecidas. Utiliza-se a gestão para resolver problemas percebidos e que demandam soluções. (Barbosa e Carvalho, 2010 - I).

A criação do SUS, no início da década de 90, trouxe novos e inúmeros desafios à gestão e gerência em saúde coletiva. Devido à descentralização político-administrativa e a universalização do acesso aos serviços de saúde, os gestores municipais e gerentes de unidades de saúde assumiram um papel fundamental no planejamento e na execução dos serviços. Como parte de suas atribuições, estes devem cumprir e fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS (normatizados pela lei 8.080/90).

A implantação de um novo sistema de saúde, agora universal, deveria funcionar de forma inovadora, com estruturas ágeis e compatíveis com as novas tarefas e os novos compromissos do sistema. O novo modelo é baseado em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, em que o acesso a bens e serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas, capazes de prover qualidade de vida, associadas a ações preventivas e curativas, a saúde coletiva e a atenção individual. (Carvalho e Barbosa, 2010 – II).

Ao mesmo tempo em que a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil e da Lei Orgânica da Saúde são inovadoras e necessitam de adequação do sistema à sociedade, o campo da psicologia também passou por mudanças em um novo processo de adaptação e começa a se enquadrar de diferentes formas em distintos contextos de atuação. Esta problemática surge porque houve uma expansão de serviços públicos especializados sem,

no entanto, ter sido acompanhada pela oferta de capacitação compatível para os profissionais, gerando uma carência de profissionais qualificados na área (Cordioli, 2008). Sendo ambas questões recentes e que necessitam de um tempo de ajuste para funcionar corretamente, passa-se por um processo em que se deve analisar a eficácia e os resultados dos tratamentos para possibilitar uma melhor organização e articulação entre a saúde pública e a psicologia.

O mundo contemporâneo exige, em todos os âmbitos, demonstração de eficácia, segurança, especificidade na indicação e compreensão de como e por que funcionam. Em termos de psicoterapia, a terapia cognitivo-comportamental foi a pioneira na história da psicologia a comprovar seus resultados, demonstrando eficácia para diversos problemas clínicos.

Estes resultados que podem ser encontrados com a terapia cognitivo-comportamental estão relacionados com a função do gestor que visa realizar mudanças com foco na resolução dos problemas. Interpretar a forma como a sociedade necessita de auxílio e adequar esta demanda com o tipo de serviço oferecido e a legislação vigente, possibilita o aumento dos resultados e demonstra uma eficaz gestão em saúde no atendimento psicológico.

O presente artigo não visa desmerecer as outras abordagens psicoterápicas e considera que uma importante parcela da população pode se beneficiar de outras psicoterapias, em especial, a psicossocial que é a preconizada nas políticas públicas em questões onde não há um transtorno mental específico associado que necessite de uma atenção diferenciada. É importante reconhecer o funcionamento do modelo de atenção psicossocial que considera o sujeito em sofrimento psíquico no seu contexto cultural, familiar e social, cujas ações são norteadas pelo estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais entre as pessoas, visando o resgate da cidadania, além de enfatizar a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação. Sabe-se também - pela análise bibliográfica - que esta abordagem precisa ser melhor estruturada, definida e elaborada para funcionar de maneira eficaz (Rangé, 2011).

O objetivo deste artigo é identificar o modelo terapêutico que melhor se enquadra nos princípios do SUS, no funcionamento contemporâneo da população e na resolutividade no tratamento dos transtornos mentais específicos, tornando o atendimento psicológico o mais qualificado possível e o mais condizente com a realidade atual. Trazendo o tratamento ao encontro de quem precisa dele, conforme o princípio da integralidade, referido na Lei Orgânica da Saúde, que importa em uma oferta adequada e oportuna de recursos tecnológicos necessários para prevenir ou para resolver problemas de saúde dos indivíduos ou da coletividade.

Além da eficácia comprovada desta abordagem psicoterápica, é importante analisar de uma maneira gerencial as pesquisas que comprovam uma menor reincidência e menores custos, pois um tratamento psicológico eficaz possui efeito duradouro e necessita de menos recursos, permitindo que a maior parte da demanda seja sanada no primeiro e no segundo nível de atenção. Exigindo menos gastos e possibilitando um maior número de fluxo de pessoas, proporcionando que uma parte maior da população possa ser atendida (Rangé, 2011).

A terapia cognitivo-comportamental é um tratamento relativamente de curta duração, voltado para objetivos específicos e focado em problemas que se baseiam fundamentalmente no modelo de que mudar as cognições é possível e leva à mudança comportamental. Esta abordagem possibilita que a maior parte da demanda referente a transtornos mentais, seja resolvida de forma ambulatorial, dispensando uma ampla gama de atendimentos mais complexos. Um dos motivos que torna de extrema importância a definição da abordagem psicoterápica baseada nos seus resultados é o fato de que quando não se alcança a eficácia no tratamento ambulatorial, são necessários outros tipos de intervenções, como, internações psiquiátricas que exigem um custo maior e recursos muito superiores.

Padronizar o atendimento significa unificar, utilizar a abordagem mais coerente com o tratamento para que todos tenham as melhores chances de recuperação, tendo um olhar

uníssono sobre o paciente. Através do aprendizado da abordagem, o psicólogo terá amplas condições de programar um tratamento baseado em técnicas respaldadas teoricamente e com comprovada eficácia, porque a terapia cognitivo-comportamental consta em manuais, já foi extensamente avaliada, é compatível com medicação e focada no problema. O desenvolvimento da atuação do psicólogo na saúde mental quando alicerçada em teorias sólidas dá respaldo e segurança ao psicólogo.

A terapia cognitivo-comportamental pela sua brevidade, objetividade, arcabouço teórico-prático e uso de estratégias interventivas tem se mostrado uma valiosa ferramenta na contribuição da atuação do psicólogo na saúde pública por respaldar uma série de programas de intervenção que podem ser eficazes e adequados à realidade com todas as suas particularidades, como: tempo reduzido e elevada demanda. Devido a todas estas questões expostas, o presente trabalho sugere a possibilidade de definição de uma abordagem específica para casos em que exista transtorno mental.

## **5. CONCLUSÃO**

A rede pública de saúde tem se constituído como um novo cenário para a atuação do psicólogo. Este profissional está ganhando importância e destaque na compreensão do processo saúde-doença, sendo citado em diversas legislações do SUS. Devido a esta maior demanda de psicólogos no sistema, torna-se relevante voltar a atenção para suas possibilidades de atuação nesse espaço, de forma que ele consiga desenvolver ações que contribuam para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Mediante a revisão de diversas bibliografias e a consonância entre os objetivos do SUS e os resultados da terapia cognitivo-comportamental, conclui-se que definir esta como a abordagem padrão para o tratamento psicológico dos transtornos mentais neste sistema público trará melhores resultados, tornando mais satisfatório o atendimento para a população,

possibilitando um maior fluxo de pacientes e um menor índice de procedimentos mais complexos que poderiam ser sanados com um efetivo tratamento psicológico.

Passados 20 anos da criação do SUS, ainda se têm muitos desafios a enfrentar, pois se sabe que atualmente a maior parte da população depende do SUS de alguma forma. São muitos os resultados positivos deste sistema, mas, na função de gestores, temos que analisar os problemas ou nós críticos visando melhorar o funcionamento do serviço.

Uma abordagem psicoterápica, para Zanelatto e Laranjeira (2013), deve satisfazer três critérios para merecer o status de sistema de psicoterapia, a saber: propor um modelo de personalidade e de psicopatologia, apresentar um modelo aplicado e oferecer alguma evidência de sua eficácia. Em vista do enquadramento da terapia cognitivo-comportamental nestes importantes critérios, a gestão pública responsável pela saúde mental poderia propor capacitação para os psicólogos que atuam nos serviços de saúde tornando-os habilitados para atender a demanda populacional que utiliza o SUS. Esta é a conclusão e sugestão que se chega após o desenvolvimento deste artigo, ficando a proposta para a gestão em saúde planejar e gerenciar tais medidas para sua real aplicação.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2005). Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. (M. A. V. Veronese, trad.). 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S. (1997). Terapia cognitiva: teoria e prática. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas.

Carvalho, A. & Barbosa, P. (2010) - I. Organização e funcionamento do SUS. [Apostila do Ministério de Educação, especialização em Gestão em Saúde]. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC. CAPES, UAB. Brasília, 2010.

Carvalho, A. & Barbosa, P. (2010) - II. Políticas de Saúde: Fundamentos e diretrizes do SUS. [Apostila do Ministério de Educação, especialização em Gestão em Saúde]. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC. CAPES, UAB. Brasília, 2010.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília. Recuperado em 27 de junho de 2014, de

[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.shtm)

Conselho Federal de Psicologia. (2013). A regulamentação dos serviços de saúde mental no Brasil: Inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia. (2011). Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011. 1 Ed. Brasília.

Cordioli, A. V. (2008). Psicoterapias: abordagens atuais. 3 ed. Porto Alegre: Artmed.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (2011). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2000. Recuperado em 27 de junho de 2014 de:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Recuperado em 27 de junho de 2014 de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

Neto, J. L. F. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. Psicologia: ciência e profissão (vol. 30, nº2.). Brasília, 2010. Recuperado em 27 de junho de 2014 de:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013)

Portaria SNAS nº224/92, 29 de janeiro de 1992. (1992). Recuperado em 27 de junho de 2014 de: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6453>

Portaria GM/MS nº 2.391/2002, de 26 de dezembro de 2002. (2002). Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília, 2002. Recuperado em 27 de junho de 2014 de:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>

Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Ministério da Saúde. Brasília, 2002. Recuperado em 27 de junho de 2014 de:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>

Prodanov, C., Freitas, E. (2009). Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale.

Rangé, B. (2011). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: diálogo com a psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Straub, Richard. (2005). Psicologia da Saúde. (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed.

Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental na prática. (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed.

Werneck, M. A. F.; Faria, H. P. F & Campos, K. F. C. (2009). Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed.

Wright, J., Basco, M. & Thase, M. (2008). Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. (M. G. Armando, trad). Porto Alegre: Artmed.

Zanelatto, N. & Laranjeira, R. (2013). O tratamento da Dependência Química e as terapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Artmed.

## ANEXO I

### REVISTA TEMAS EM PSICOLOGIA

#### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

##### Objetivo e política editorial

---

**Temas em Psicologia** publica relatos de pesquisas empíricas, estudos históricos, teóricos e conceituais, análise de experiências profissionais, revisões críticas da literatura, notas técnicas e cartas aos editores. A revista, de periodicidade semestral, tem por objetivo promover a produção de conhecimentos, a comunicação e colaboração entre pesquisadores de todas as áreas da Psicologia.

**Observação:** A mesma versão do artigo aceito para publicação poderá ser publicada em mais de um idioma, sob a responsabilidade dos autores. No entanto, a revista indicará tradutores credenciados, e só aceitará traduções feitas por estes. Se você tiver interesse em publicar o seu manuscrito em mais de uma língua, por favor, entre em contato com a nossa secretaria: [comissaoeditorial@sbponline.org.br](mailto:comissaoeditorial@sbponline.org.br)

#### I. Tipos de colaboração aceita

1. **Relato de pesquisa empírica:** investigação empírica original baseada metodologia científica.
2. **Estudo histórico, teórico, conceitual:** análise originais de temas, conceitos, modelos existentes e/ou problematização teórica para futuras pesquisas, baseadas em um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia
3. **Relato de experiência/caso:** Artigo original de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos, ou estratégias de intervenção, contendo evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia.
4. **Nota/informe técnico:** descrição de instrumentos, técnicas originais de pesquisa, resenhas de livros recentemente publicados (máximo de um ano).
5. **Carta aos editores:** comentários e atualizações sobre a revista dirigidas aos editores que serão publicadas a critério do editor-chefe, com a concordância do remetente.

Artigos inseridos nas seções 1, 2, e 3 deverão apresentar tamanho máximo de 30 páginas, incluindo resumo, *abstract*, *resumen*, texto propriamente dito, referências, figuras e tabelas (quando pertinentes). Nota/informe técnico (Seção 4) deverá apresentar tamanho máximo de

10 páginas, incluindo texto propriamente dito, referências, figuras e tabelas (quando pertinentes).

Tabelas e figuras não devem exceder um total de seis (6).

## **II. Orientações para submissão de manuscritos**

A submissão do manuscrito deverá ser feita por sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação, disponível em <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/tp/>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pela Comissão Editorial. Os autores receberão uma mensagem de confirmação da submissão.

Serão aceitos manuscritos para análise editorial que:

1. Esteja em conformidade com o Manual de Publicação da *American Psychological Association*, **Sexta Edição**, 2010;
2. Esteja redigido em português, inglês ou espanhol;
3. Apresente o resumo do trabalho em todas as três línguas;
4. Não tenha sido publicado em qualquer outro veículo de divulgação;
5. Não esteja em análise para publicação em qualquer outro veículo;
6. Todos os autores tenham aprovado previamente a submissão;
7. Qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal tenha aprovada anteriormente a citação.
8. Apresentem declaração dos autores de que todos os procedimentos éticos foram cumpridos.

Artigos que não estiverem em conformidade com as normas do Manual de Publicação da American Psychological Association, **Sexta Edição**, 2010, não entrarão em processo editorial, e serão devolvidos aos autores.

## **III. Apresentação dos manuscritos**

Por se tratar de uma publicação unicamente eletrônica, o manuscrito pode conter, quando indispensável, figuras ou fotos coloridas. Conforme as normas da APA, não é permitido inserir cores em tabelas.

O artigo deverá ser digitado em processador de texto compatível com o padrão *Word for Windows 6.0 ou superior*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com espaçamento duplo e alinhamento à esquerda. A página deverá ser tamanho A4, com 2,5 cm de margens em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita). Palavras ou expressões que devam ser destacadas em itálico, por exemplo, palavras estrangeiras ou símbolos estatísticos devem ser grifadas em *itálico*.

No caso de “recomendação de publicação com reformulações”, o manuscrito deverá também ser encaminhado eletronicamente seguindo estas mesmas instruções. O manuscrito revisado deve conter todas as revisões marcadas em vermelho, e deve ser enviado junto a uma carta aos editores, explicitando quais sugestões foram ou não foram acatadas, justificando-as.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de rosto personalizada, contendo:

1.1. Título pleno em português, inglês e espanhol, não excedendo 15 palavras.

1.2. Sugestão de título abreviado para cabeçalho, na língua original do manuscrito, não excedendo quatro palavras.

1.3. Nome de cada autor e suas afiliações institucionais.

1.4. Indicação do endereço para correspondência com a Comissão Editorial, incluindo FAX, telefone e endereço eletrônico.

1.5. Indicação do autor a quem o leitor deverá enviar correspondência e seu endereço completo (incluir endereço eletrônico).

1.6. Quando necessário, parágrafo reconhecendo apoio financeiro, colaboração de colegas e técnicos e outros fatos eticamente necessários.

1.7. Nota do autor com outras informações que este julgar relevante (opcional).

2. Folha de rosto personalizada sem identificação

2.1. Título pleno em português, inglês e espanhol.

2.2. Sugestão de título abreviado.

3. Folha contendo *Resumo* em português, inglês e espanhol

O **Resumo** deve ter de 150 a 250 palavras, seguido de três a cinco palavras-chave para indexação do trabalho. As palavras-chave devem ser escolhidas com precisão adequada para fins de classificação, permitindo que o trabalho seja recuperado com trabalhos semelhantes. Devem ser palavras-chave que, possivelmente, seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico.

4. Texto propriamente dito

Esta parte do manuscrito deve começar em uma nova folha, contendo uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por títulos (centralizados) e subtítulos, quando necessários. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas devem ser claramente indicados no texto.

**Notas de rodapé** devem restringir-se à complementação de informações que, julgadas relevantes, não caibam na seqüência lógica do texto; devem ser reduzidas a um mínimo. Notas de rodapé devem ser apresentadas no final do texto em página à parte.

**Notas bibliográficas** e de rodapé devem ser evitadas, mas quando imprescindíveis devem ser apresentadas no final do texto em página à parte.

**Citações de autores** devem obedecer às normas da APA. No caso de transcrição na íntegra de um trecho, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor deve ser seguida do número da página citada. Citações literais devem ser evitadas, mas quando tiverem 40 palavras ou mais devem ser apresentadas em bloco próprio, começando em nova linha, com recuo de 0,5cm em cada margem, na posição de um novo parágrafo. O mesmo tamanho de fonte do texto (12) deve ser utilizado.

**Referências** devem ser inseridas em uma nova página, formatada em espaço duplo, com parágrafo normal e recuo apenas na primeira linha, sem deslocamento de margem e sem espaço adicional entre referências; grifos devem ser indicados por um traço abaixo das palavras.

#### **Exemplos de referências:**

**Artigo de revista científica com doi**  
Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(1), 137–155. doi:10.1023/A:1006824100041

**Artigo de revista científica sem doi**  
Hutz, C. S. & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>

**Artigo de revista científica com mais de sete autores**  
Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., ... Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701–712. doi:10.1037/a0026681

**Capítulo de livro**  
Steger, M. F. (2009). *Meaning in life*. In S. J. Lopez (Ed.), Oxford handbook of positive psychology (2nd Ed.) (pp. 679-687). Oxford, UK: Oxford University Press.

**Capítulo de livro reeditado**  
Rosenmayr, L. (1985). Changing values and positions of aging in Western culture. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed., pp. 190-215). New York: Van Nostrand Reinhold.

Outras formas de citação, consultar Manual de Publicação da *American Psychological Association*, **Sexta Edição, 2010**.

## 5. Figuras

Devem ser apresentadas uma em cada página do texto e/ou por arquivo de computador, incluindo legenda, ao final do texto. Para assegurar qualidade de reprodução, figuras que contenham desenhos devem ser encaminhadas em qualidade para fotografia. Como há limites para a largura de figuras na versão publicada (PDF), o autor deve cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso seja necessária redução. O título da figura não deve fazer parte desta, mas deve ser apresentado à parte como texto.

## 6. Tabelas

Devem ser apresentadas uma em cada página e/ou por arquivo de computador. O autor deverá limitar sua largura a 60 caracteres, para tabelas simples que ocupam uma coluna impressa, incluindo três caracteres de espaço entre colunas, e limitar sua largura a 125 caracteres, para tabelas que ocupam duas colunas impressas. O comprimento de tabelas não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé.

## 7. Anexos/Apêndices

Devem ser apresentados apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão do trabalho. Autores que apresentem artigos de validação de instrumentos poderão enviar a versão de uso do instrumento em anexo. Em outros casos, recomenda-se evitá-los.

## **IV. Apreciação pela comissão editorial**

Os manuscritos recebidos serão apreciados pela Comissão Editorial. Estando em acordo com as normas de publicação da revista, serão encaminhados para consultores ad hoc. A avaliação é dupla-cega. A identidade dos autores e suas afiliações institucionais não serão informadas aos consultores. Do mesmo modo, a identidade dos avaliadores não será informada aos autores. A Comissão Editorial apreciará os pareceres dos consultores e notificará os autores sobre sua decisão, que pode ser de aceite sem modificação, aceite com solicitação de reformulação, necessidade de amplas reformulações e ressubmissão para nova apreciação, ou de recusa. Juntamente com a decisão editorial, os autores receberão cópias dos pareceres.

Em caso de solicitação de reformulações, estas deverão ser feitas pelos autores e encaminhadas por e-mail. O texto revisto deve ser encaminhado por uma carta especificando as alterações realizadas. A versão reformulada passará por nova apreciação pela Comissão Editorial, que poderá, a seu juízo, acionar consultores ad hoc. Podem ser solicitadas tantas mudanças quantas forem necessárias para uma possível aceitação final do texto. À Comissão Editorial caberá a decisão final sobre a publicação de um manuscrito.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações no texto. No caso do manuscrito ser aprovado para publicação, será enviada uma prova gráfica para a última revisão dos autores. Esta revisão deverá ser devolvida acompanhada de uma manifestação de aprovação por parte do autor e co-autores, quando for o caso.

**Observação:** A Revista *Temas em Psicologia* **não** corrige os textos submetidos nos diversos idiomas com relação a aspectos gramaticais, ortográficos e de concordância. Esta tarefa é obrigação exclusiva do(s) autor(es) do manuscrito, prévia à submissão. Os artigos serão publicados sob a responsabilidade dos autores.

## **V. Direitos autorais**

### 1. Artigos publicados no periódico *Temas em Psicologia*

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem ao periódico *Temas em Psicologia*. A reprodução total em outras publicações, ou para qualquer outro fim, está condicionada à autorização por escrito do Editor Responsável de *Temas em Psicologia*. A reprodução parcial de artigos (partes de texto que excedam 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deve ter permissão por escrito dos autores do artigo reproduzido.

### 2. Reprodução parcial de outras publicações nos artigos publicados no periódico *Temas em Psicologia*

Os manuscritos submetidos à publicação devem obedecer os limites especificados no item anterior, quando contiverem partes extraídas de outras publicações. Recomenda-se evitar a reprodução de figuras, tabelas e ilustrações. A aceitação de algum manuscrito que contiver este tipo de reprodução dependerá da autorização por escrito para reprodução, do detentor dos direitos autorais do trabalho original, endereçada ao autor do trabalho submetido ao periódico *Temas em Psicologia*. O periódico *Temas em Psicologia*, em nenhuma circunstância, repassará direitos de reprodução assim obtidos.