

**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**

**PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS HISTÓRICOS
E INTER-RELAÇÕES**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Taís Cristina Favaretto

**Tapejara, RS, Brasil
2011.**

PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E INTER-RELAÇÕES

Taís Cristina Favaretto

Monografia apresentada 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^a Ms Andressa de Andrade

Tapejara/ Rio grande do Sul/ Brasil

2011

**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 a
Monografia de Conclusão de Curso**

**PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E
INTER-RELAÇÕES**

elaborada por
Taís Cristina Favaretto

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Andressa de Andrade, Ms.
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Marta Cocco da Costa, Ms.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Prof^ª. Ms. Ethel Bastos da Silva, Ms.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Tapejara, julho de 2011.

AGRADECIMENTOS

Uns

(Caetano Veloso)

Uns vão, uns tão, uns são, uns dão, uns não, uns hão de,
uns pés, uns mãos, uns cabeça, uns só coração,
uns amam, uns andam, uns avançam,
uns também, uns cem, uns sem, uns vêm, uns têm, uns nada têm,
uns mal, uns bem, uns nada além, nunca estão todos,
uns bichos, uns deuses, uns azuis, uns quase iguais,
uns menos, uns mais, uns médios, uns por demais,
uns masculinos, uns femininos, uns assim,
uns meus, uns teus, uns ateus, uns filhos de deus,
uns dizem fim, uns dizem sim, e não há outros.

A todos que me ajudam a ser...

Em especial a professora orientadora Andressa de Andrade e as professoras Marta Cocco da Costa e Ethel Bastos da Silva, membros da banca.

*“O começo de todas as ciências é estranhar
que as coisas sejam como são”.*

(Aristóteles)

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do Rio
Grande do Sul (CESNORS).

PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E INTER- RELAÇÕES

AUTORA: TAÍS CRISTINA FAVARETTO
ORIENTADORA: ANDRESSA DE ANDRADE

Tapejara, julho de 2011.

Resumo

O presente artigo constitui-se em uma reflexão a cerca da inserção da Psicologia no contexto da Saúde Pública no país. Através do apanhado histórico Psicologia-Saúde Pública verifica-se que a regulamentação da profissão de psicólogo, em 1962, deu-se em uma época marcada pelo modelo biomédico, ainda muito presente e valorizado no espaço público em detrimento das demais profissões. Constata-se, frente às necessidades da sociedade contemporânea, que é imprescindível repensar a forma com que se dá a formação em psicologia, voltando-a para um olhar mais politizado, que lute pelo espaço de se ouvido em equipes multidisciplinares, podendo contribuir com sua capacidade de lidar com o coletivo, bem como, com seu olhar sobre a singularidade e a subjetividade dos indivíduos e de seus modos de existir.

Palavras chave: Psicologia. Saúde Pública.

ABSTRACT

Monografia de Especialização

Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do Rio
Grande do Sul (CESNORS).

PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E INTER- RELAÇÕES

AUTORA: TAÍS CRISTINA FAVARETTO
ORIENTADORA: ANDRESSA DE ANDRADE
Tapejara, julho de 2011.

Abstract

This article consists of a reflection about the integration of psychology in the context of public health in the country. Through the *résumé*-Psychology Public Health finds that regulation of the profession of psychologist in 1962, was in an era marked by the biomedical model, still very present and valued in the public space at the expense of other professions. There is, address the needs of contemporary society, it is essential to rethink the way that gives training in psychology, returning it to a more politicized, that fight for space to be heard in multidisciplinary teams and can contribute to your ability to deal with the collective and, with his eye on the singularity and subjectivity of individuals and their ways of existing.

Keywords: Psychology. Public Health.

RESUMEN

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do Rio
Grande do Sul (CESNORS).

PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E INTER- RELAÇÕES

AUTORA: TAÍS CRISTINA FAVARETTO
ORIENTADORA: ANDRESSA DE ANDRADE
Tapejara, julho de 2011.

Resumen

Este artículo consta de una reflexión sobre la integración de la psicología en el contexto de la salud pública en el país. A través de la CV-Psicología de Salud Pública considera que la regulación de la profesión de psicólogo en 1962, fue en una época marcada por el modelo biomédico, todavía muy presente y valorada en el espacio público en detrimento de otras profesiones. No es, atender las necesidades de la sociedad contemporánea, es fundamental para repensar la forma en que da formación en psicología, volviendo a un más politizado, que luchan por el espacio a ser oído en equipos multidisciplinarios y puede contribuir a su capacidad para hacer frente a lo colectivo y, con el ojo puesto en la singularidad y la subjetividad de las personas y sus modos de existir.

Palabras clave: Psicología. Salud Pública.

SUMÁRIO

Resumo	6
Abstract.....	7
Resumen.	8
Introdução.....	10
A história da Psicologia no Brasil	11
A história da Saúde Pública no Brasil	13
A inter-relação Psicologia-Saúde Pública.....	18
Considerações Finais	21
Referências Bibliográficas.....	22

PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E INTER-RELAÇÕES

Taís Cristina Favaretto¹
Andressa de Andrade²

Introdução

A psicologia, como ciência humana, importa-se com a vida do homem em todos os seus aspectos e busca conhecer seu comportamento, a forma com que se estabelecem suas relações e as implicações sociais referentes às suas ações. O homem está sempre em uma relação irrecusável com os outros homens e essa condição lhe permite constituir-se e tornar-se humano.

Psique e mundo se encontram e nascem um com o outro, sendo a formação de cada indivíduo resultado desse encontro (HORNSTEIN, 1989). Nos primeiros momentos de vida a necessidade de cuidado que o novo ser requer é total. Outro humano, então, deve responsabilizar-se por ele e oferecer-lhe além da satisfação de suas necessidades básicas, proteção e sentido para aquilo que ainda não é capaz de significar.

Sentir-se único e exclusivo na vida da mãe é de fundamental importância para que a criança possa se inserir no mundo real e fantasmático. Todavia, essa relação deve ser rompida para que a criança organize em seu aparelho psíquico a representação de sua relação com o mundo, instituindo seu próprio narcisismo e possibilitando, desse modo, identificações que criam um sentimento de unidade e estima de si. Frente a isso, abre-se a possibilidade da entrada de um terceiro na vida desse novo ser, o pai e, posteriormente, todas as relações sociais (HORNSTEIN, 1989). Fazendo uma analogia é possível dizer que a proteção esperada dessa primeira figura humana que se apresenta para o indivíduo é transmitida, mais tarde, em sociedade, para o Estado.

¹ Taís Cristina Favaretto, Psicóloga, Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica. Atua no Caps II-Passo Fundo/RS e coordena o Serviço de Saúde Mental do Município de Água Santa/RS.

² Andressa de Andrade, Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Educação Superior Norte – CESNORS/RS.

De acordo com Nascimento e colaboradores (2004), vista como um campo diferenciado, a saúde pública torna-se uma especialidade do saber da prática de saúde voltada para o coletivo. Seu conceito e dimensão social já estavam sendo definidos mundialmente em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. A partir dessa data, se deliberou que a saúde consiste num estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas em ausência de doença.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 define então, que o Estado deve garantir mediante políticas sociais e econômicas condições que visem à dignidade da pessoa. Em 1990, através da lei nº 8080, procura-se direcionar um olhar especial para a saúde com a definição de condições de acesso universal e igualitário para a promoção, proteção e recuperação dessa, bem como, a forma com que se daria a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Dessa forma, com a compreensão de que saúde e doença são um continuum constituído por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, a psicologia se coloca na saúde pública como um instrumento que leva a pensar o individual em um espaço coletivo, onde muitos necessitam de auxílio (YÉPEZ, 2001).

No entanto, regulamentada no Brasil como ciência, pela Lei 4119 em 1962, a Psicologia ainda não possui expressão significativa em termos de seu reconhecimento social na área de saúde pública (BRASIL, 2004). Considerando tais aspectos, este artigo busca fazer uma reflexão a cerca da inserção do profissional psicólogo e da própria Psicologia, como ciência, no contexto da saúde pública. Após busca bibliográfica utilizando como palavras chaves psicologia, história da psicologia e saúde pública, passou-se a construção de uma análise reflexiva destes artigos envolvendo aspectos da história da psicologia e da história da saúde pública no país, bem como, da inter-relação psicologia e saúde pública.

A história da Psicologia no Brasil

“Que é a História, senão um contínuo revisar de idéias e de rumos?”
Oswald de Andrade

Vista como uma profissão indispensável, nos dias atuais, a psicologia, enquanto profissão tem uma história recente no Brasil. Apoiada na regulamentação da década de 60 e reconhecida como profissão liberal pela Lei 4.119, tradicionalmente foi constituída por quatro grandes áreas de atuação: clínica, escolar, organizacional e o magistério.

Pereira e Pereira Neto (2003) trazem três momentos considerados de extrema importância para a história da profissão de psicólogo no Brasil, o pré-profissional, o de profissionalização e o pós-profissionalização.

O primeiro período é compreendido entre a criação das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (1833) e o final do século XIX (1890). Nesse momento, não havia nenhuma sistematização do conhecimento psicológico, o que existia eram pessoas interessadas nos temas e questões da psicologia (PEREIRA e PEREIRA NETO, 2003).

De acordo com os mesmos autores, o segundo período, de profissionalização, é compreendido entre 1890 e 1975 abrangendo desde a gênese da institucionalização da prática psicológica até a regulamentação da profissão, bem como, a criação de seus dispositivos formais.

Habilitado legalmente, o futuro profissional deveria frequentar, primeiramente, três anos de filosofia, biologia, fisiologia, antropologia ou estatística e fazer então, os cursos especializados de psicologia. Somente assim, com a formação dos denominados especialistas em psicologia iniciou-se oficialmente o exercício dessa profissão. A partir de então, a psicologia passa a ter um conhecimento próprio, tornando-se detentora de um determinado mercado de trabalho, ainda que compartilhado com a medicina e a educação (SOARES, 1979).

Em termos institucionais, pode-se dizer que a psicologia se aproximou primeiramente da educação com a Reforma Benjamin Constant, em 1890, incorporando a disciplina de psicologia nos currículos das Escolas Normais. Além disso, em 1906, acompanhando a tendência internacional foi criado o primeiro Laboratório de Psicologia Experimental no Brasil (SOARES, 1979).

Pereira e Pereira Neto (2003) trazem que a relação da medicina com a origem da psicologia brasileira e seu desenvolvimento, foi possibilitada pela psiquiatria, porém, por outro lado, a última buscou apropriar-se do universo psi, numa tentativa de querer transformá-la em especialidade médica ou mesmo, subordinar o profissional psicólogo para que exercesse papel complementar ao do médico.

Enquanto a psicologia desenvolvia um conhecimento especializado e conquistava um mercado consumidor de seus serviços de acordo com Pereira e Pereira Neto (2003)

começaram a ser elaborados anteprojetos para a regulamentação da profissão, oficializada em 27 de agosto de 1962. Também foi emitido, nesse mesmo ano, o Parecer 403 do Conselho Federal de Educação, que estabeleceu o currículo mínimo e a duração do curso universitário de Psicologia.

A terceira fase inicia-se em 1975, onde a profissão de psicólogo passou a estar organizada e estabelecida. Nota-se que a ênfase das atividades do profissional psicólogo se centrou, nessa fase, no trabalho autônomo, clínico, individual, curativo e voltado para uma clientela financeiramente privilegiada, referência obtida pelo campo médico (BORGES e CARDOSO, 2005).

É possível notar, também, que as faculdades de psicologia propagaram-se lançando no mercado um número crescente de profissionais contribuindo para a degradação do valor da mão-de-obra, sinal nítido de perda de autoridade e de valorização profissional. Para Borges e Cardoso (2005) é nesse momento que o consultório particular deixou de exercer o papel preeminente que tivera outrora e novos espaços de atuação começaram a se constituir.

A história da Saúde Pública no Brasil

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.

Organização Mundial da Saúde

A emergência de um projeto social no Brasil tem início com a transferência da Corte portuguesa em 1808, estando vinculado, sobretudo, à higiene pública e medicalização do espaço urbano. No entanto, somente no século XIX é que as primeiras ações reguladoras passaram a ser desenvolvidas como a criação das primeiras escolas de medicina (NUNES, 2000).

Era objeto de atenção, nesse período, o combate à lepra, à peste e a existência de algum controle sanitário em relação aos portos, ruas, casas e praias. O conhecimento médico, então, começa a ser visto pelo Estado como um meio de resolução de tais dificuldades. Porém, para tanto, as ciências médicas procuram defender seu espaço fazendo cobranças em

relação à luta contra o charlatanismo e o reconhecimento da exclusividade do saber sobre a saúde (NUNES, 2000 apud OLIVEIRA, 1983).

A organização de leis, códigos, decretos e a criação de institutos de pesquisa, laboratórios e serviços sanitários foi a forma encontrada, de acordo com Queiros e Merhy (1993), para responder as reivindicações médicas, bem como, colocar em prática o modelo assistencial público que centrava na campanha e na polícia sanitária seus meios principais de efetivação.

Os anos de 1918 a 1924 são marcados pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e pelas Reformas Sanitárias de Carlos Chagas. Nessa ocasião, é evidente um processo de institucionalização e rotinização de medidas sanitárias com a criação de diversos aparelhos estatais de saúde pública, principalmente, após a Constituição de 1891 onde os Estados passaram a ser responsáveis pela saúde pública em suas diversas áreas (NUNES, 2000).

No pós-guerra, sem alterar as estratégias básicas da corrente "médico-sanitária", novos elementos foram sendo incorporados, como, por exemplo, o uso da medicina clínica pela saúde pública. Tal medida introduziu a clínica nos programas de saúde, preconizando a união do conjunto das ações de saúde num esforço comum de prevenção e cura. Com isso, o modelo passou a perspectiva multicausal do processo saúde-doença (QUEIROS e MERHY, 1993).

No final dos anos 40 já era possível perceber uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública, o que favorecia a assistência individualizada em relação à coletiva. Contudo, isso culminou nos anos 60, onde a dicotomia assistência médica-saúde pública radicaliza-se no interior de um modelo institucional demonstrando ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira (QUEIROS e MERHY, 1993).

Foi nas décadas de 70 e 80, segundo Borges e Cardoso (2005), que acontecimentos nos âmbitos social, político e econômico conduziram a transformações na sociedade brasileira que, passou a questionar o regime político autoritário vigente, enfraquecendo o governo e a incentivando movimentos de diversas ordens na busca por melhores condições de vida.

O movimento sanitário surge então, na área da saúde, como uma expectativa para tentar resolver os fracassos do modelo prestador de serviços, as privatizações na assistência médica, crise financeira da previdência social, altos índices de desemprego, taxas de mortalidade materna e infantis cada vez maiores, aumento das doenças infecto-contagiosas e elevados índices de acidentes de trabalho (BORGES e CARDOSO, 2005 apud DIMENSTEIN, 1998).

Propostas de novas concepções do pensar e fazer saúde de forma mais humana e universal foram surgindo. A saúde pública passa a ser entendida como um campo diferenciado, uma especialidade do saber da prática de saúde voltada para o coletivo. Da mesma forma, começa a definir-se fundamentalmente como um setor da sociedade que ultrapassa os seus próprios limites, uma vez que, sua origem, maneira de ser, transformações e resultados, são determinados pela própria sociedade na qual ela se desenvolve, mediante o entendimento das leis que a explicam e regem (PIRES FILHO, 1987).

Nesse contexto, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que consolidou as responsabilidades do Estado em assegurar o direito à saúde para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil. Além disso, estabeleceu como principal objetivo, atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal, levando a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma necessidade imediata e a sua transformação progressiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Em 1990 oficializou-se de forma jurídica, constitucional e infraconstitucional o Sistema Único de Saúde, através das Leis nº 8.080 e nº 8.142. A Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde, dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços em cada esfera de governo. A Lei nº 8.142 aborda sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Tais leis consolidam o papel do município como o principal executor das ações de saúde, caracterizando ampliação do processo de descentralização que significava um avanço e contraposição ao modelo ditatorial vigente naquele momento (BRASIL, 1990).

No entanto, pode-se dizer que o SUS enfrenta uma problematização dicotômica entre o que está escrito e o que é realizado. Devido a sua complexidade, as dificuldades locorregionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a organização de uma rede de ações e serviços hierarquizada e regionalizada têm se constituído desafios permanentes na busca de sua consolidação. Não obstante, diversos usuários não usufruem do direito universal à saúde, bem com, a precarização do trabalho desagrada os profissionais da rede que, por diversas razões, não recebem salários justos e não possuem de vínculos empregatícios com direitos trabalhistas (SOUZA e COSTA, 2010).

Dessa forma, de acordo com Borges e Cardoso (2005) buscou-se com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, abrangendo regiões de escassa assistência à

população, atender às minorias sem acesso a serviços de saúde e de responder e buscar a redução de custos, a desmedicalização da medicina e humanização dos serviços. Contudo, na busca de implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira esforços passaram a ser feitos para que o programa se transformasse em Estratégia (ESF) de um projeto único do sistema da saúde.

As mesmas autoras trazem que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como proposta ser a porta de entrada do usuário no sistema público. Deve se localizar num território específico, composto de 600 a 1000 famílias que devem ser acompanhadas por uma equipe mínima. Levanta-se que, o programa, mesmo buscando um olhar diferenciado para a pessoa que sofre e a diminuição do uso de medicação, é composto inicialmente, em sua maioria, por profissionais voltados a área médica sendo enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde. Somente recentemente, uma equipe de saúde bucal contando com um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental, foi integrada à ESF.

Para Borges e Cardoso (2005) um dos pontos centrais do trabalho da ESF trata-se do estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população, numa tentativa de romper com a perspectiva tecnicista em saúde e fortalecer o envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença. De tal modo, o programa visa à integralidade e a qualidade da assistência prestada, incorporando e reafirmando os princípios do SUS.

Diante dessa proposta, o modo de trabalho requer uma inversão da lógica do cuidado, menos técnico e mais relacional. O enfoque direciona-se a família e suas relações e não somente o indivíduo com seus problemas, resgatando as múltiplas dimensões da saúde, o que exige o reformular da postura de intervenção do profissional, assim como, a incorporação de outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde. A psicologia, nesse contexto, torna-se importante, uma vez que, dispõe de ferramentas úteis para a construção de um modelo mais integrado de atenção a saúde (BORGES e CARDOSO, 2005).

Em 2008, pela portaria GM nº 154, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o finalidade das ações da atenção básica, bem como, sua resolubilidade. Tais núcleos são compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em parceria com as equipes das ESF, compartilhando as práticas em saúde e atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade em que estão cadastrados, tendo em vista instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

Os NASF devem ser classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, dependendo da composição de profissionais. O tipo de NASF deve ser definido pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Contudo, “Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental” (BRASIL, 2008).

Entretanto, pode-se perceber que a inserção do psicólogo, em saúde pública, não apenas tem sido limitada, mas a própria prática desse profissional, diante da prevalência o modelo biomédico, condicionando uma situação privilegiada doutor dentro da equipe. (YÉPEZ, 2001, apud CARVALHO e YAMAMOTO, 1999).

A inter-relação Psicologia-Saúde Pública

“Devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza, mas devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza”.
Boaventura de Souza Santos

A psicologia é vista como um campo de dispersão de saberes onde sua diversidade é produtora de uma formação rica e variada (FERREIRA NETO, 2008). Todavia, no contexto de hoje e pela forma em que foi se inserindo historicamente, acabou por se tornar apenas uma quadruvante no exercício da saúde pública.

Sabendo que limitações ideológicas para um trabalho com enfoque interdisciplinar são irrelevantes torna-se necessário então, de acordo com Yépez (2001), questionar e repensar as razões que atribuíram apenas ao saber médico o estatuto de verdadeiros aos códigos teóricos e contestar o seu monopólio sobre a doença que, cada vez mais, se torna extensivo ao terreno da saúde.

Ainda, segundo a mesma autora, é possível dizer que tais práticas demonstram a tendência, mesmo dentro da Psicologia, em se continuar concentrado numa biotecnologia aplicada em lugar de uma visão integrada do indivíduo, fortalecendo a indústria farmacêutica e a de equipamentos médicos. Isso tem gerado um aumento irracional das despesas na área da

saúde, bem como, fortes interesses desse mercado em manter seu espaço hegemônico através da ênfase na cura e na medicalização da vida, ao invés da prevenção.

Impõe-se, dessa forma, a necessidade de desconstrução, pregado pelo paradigma pós-moderno, sobre as formas atuais de fazer ciência na área da saúde. Isso implica tanto em uma revisão crítica do desenvolvimento dos processos de significação relacionados ao saudável e ao doente, como também, na própria estruturação da saúde pública e dos modelos assistenciais implementados ao longo de sua história. Pressupõe ainda, uma posição de permanente autocrítica sobre participação de todos os profissionais nesses processos (YÉPEZ, 2001).

Menegon e Coêlho (2005) verificam uma dispersão na produção de conhecimentos o que acaba por fragmentar os esforços na implementação de práticas, principalmente quando a Psicologia se desloca para o campo da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Como relação a isso Yépez (2001) complementa que se faz necessário uma maior contextualização no modo de agir nas pesquisas e práticas relativas ao processo saúde-doença, como nos tipos de interpretações que se fazem decorrente dessas atividades.

Tais questões, enfrentadas pela Psicologia em sua inserção no sistema brasileiro de saúde, particularmente no âmbito dos cuidados primários, dizem respeito de acordo com Menegon e Coêlho (2005) aos seus currículos de formação. Observa-se que, em sua maioria, estão voltados ao atendimento secundário e terciário, levando a necessidade, por parte do psicólogo, quando atuando na área pública, de ressignificar e integrar saberes e práticas trazidas de suas áreas de formação.

Ferreira Neto (2008) corrobora com essa afirmação e acrescenta a existência de uma tendência à segmentação partidária na formação dos profissionais psicólogos. Em geral, esses acabam por ficar divididos entre diferentes abordagens teórico-metodológicas, tendo áreas de atuação pensadas como universos estanques, além de serem constantemente advertidos contra os perigos do ecletismo. Tal segmentação presente nos cursos formadores, onde cada segmento só dialoga entre si, produz uma formação fragmentada e compartimentalizada.

Para Yépez (2001), alunos da área humana, principalmente da saúde, devem ter oportunidade de compartilhar, desde os anos da graduação, um espaço capaz de gerar uma base conceitual comum para lidar com o social, bem como, com o processo sintoma e cura. Benevides (2005) chama tal forma de agir como princípio da transversalidade, onde a Psicologia tal como qualquer outro campo de saber-poder, por si só, não explica nada. Afirma que é ela mesma que deve ser explicada e isto só se dá numa relação de intercessão com

outros saberes-poderes-disciplinas. É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível.

Tal perspectiva interdisciplinar de aprender e de fazer deve se basear na escuta e no diálogo através de formas horizontais de intercâmbio tanto entre disciplinas, como entre membros de uma equipe e numa relação profissional-usuário do serviço (YÉPEZ, 2001).

Dessa forma, a atividade profissional e a própria formação em Psicologia, passaria a ser vista como compromisso social e não apenas como uma simples ciência aplicada. Atentos à formação onde currículo, sistemas e técnicas são imprescindíveis, não se deixaria de lado o fato de que sempre se está atravessado e constituído por vetores e fatores históricos que devem ser contextualizados, política, cultural e socialmente como possibilidade de uma prática enriquecedora (DANTAS, 2010).

Para Coimbra (2001) ao se discutir o saber e o fazer psicológico acompanhando as transformações e exigências sociais do mundo contemporâneo, irá se chegar ao ponto de compreender que toda a formação e prática psicológica é um ato político, esse sendo entendido como uma carência ou como uma autêntica potência envolvendo o humano. Desse modo, o profissional psicólogo compreenderá que ser neutro e objetivo nas atividades, não o impede de posicionar-se como formador de opiniões, como pensador do humano e das próprias práticas e, ainda, de se buscar um espaço onde o psicólogo enquanto profissional está excluído, o mundo político, visto como território da militância, por excelência.

Benevides (2005) traz também, que se a Psicologia for tomada

como campo de saber voltado para os estudos da subjetividade e se esta é entendida como processo coletivo de produção resultando em formas sempre inacabadas e heterogêneas, é impossível separar, ainda que distinções haja, a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo; os modos de cuidar dos modos de gerir; a macro e a micropolítica. Fazer política pública [...] é tomar esta dimensão da experiência coletiva como aquela geradora dos processos singulares. Neste sentido, pensar a interface da Psicologia com o SUS se dará exatamente por este ponto conector: os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, plano de multiplicidades, plano público (p.23).

Diante disso, Nascimento e colaboradores (2004) questionam o porquê poucos profissionais psicólogos estão ocupando lugares de gestão, ou mesmo, dialogando em busca do reconhecimento de uma Psicologia implicada com o fazer política e o fazer saúde pública. Acredita ainda, que somente conversando, tecendo redes e relações e demonstrando sua importância através de seu modo de pensar é que a Psicologia passará a ter lugar, ter assentos, ter projetos, para que possa se inserir culturalmente.

Levanta-se também, outra questão central, à forma de trabalho utilizada pelos psicólogos para que, atuando em saúde pública, possam pensar o coletivo conjuntamente com os demais profissionais, sem deixar de lado o sofrimento singular da pessoa.

Menogon e Coêlho (2005) contribuem sobre esse assunto apontando que para existir um laço social, de alguma forma, o sujeito deve deixar-se contar, passando à categoria de indivíduo enumerável e classificável, participando do semblante das identidades sociais. Todavia, para que não ocorra seu próprio apagamento enquanto sujeito, não deve resumir-se a elas. De tal maneira, a Psicologia deve colaborar, em um grupo interdisciplinar, com este olhar onde o sujeito parte de um conjunto, sem render-se a ele.

Silva (2009) contribui afirmando que numa sociedade em que a medicalização do sofrimento psíquico é cada dia mais intensa, deve-se pensar sobre o que é uma patologia, quando o psíquico está envolvido e o que significa tratar a doença, mesmo que a reflexão esteja na contramão das exigências de consumo dos diversos tratamentos disponíveis e da busca pelo homem-máquina.

A mesma autora traz a definição de Freud sobre sintoma, onde a satisfação das necessidades pulsionais, muitas vezes, pode organizar-se de modo alheio a reconhecida pelo sujeito. Dessa forma, todo sintoma seria uma construção psíquica oriunda de uma defesa na qual estariam envolvidos processos inconscientemente construídos, formados a partir de uma cadeia de associações. Assim, reconhecendo tal forma de organização como parte do próprio sujeito não há razão para se trabalhar com uma lógica dicotômica, com um conjunto saudável e outro doente, bem como, com a construção de um pensamento de ordenação classificatória da doença.

Silva (2009) pontua que Freud aproxima as ideias de doença e tentativa de cura, quando afirma que sintoma é saúde e doença, solução e sofrimento. De tal modo, para um tratamento efetivo deve-se ouvir o sujeito como um ser de linguagem, com sua capacidade de perguntar sobre si e cujas respostas nunca cessam de inovar. A Psicologia deve contribuir demonstrando a todas as disciplinas e profissionais que não é a busca da normalidade o objetivo do tratamento, todavia o desenvolvimento de uma habilidade para que o conflito seja conduzido de um modo novo, onde cada um se torne o melhor que pode ser.

Dessa forma, se estaria trabalhando com a saída do objeto ontologizado da medicina, a doença, e entrando em seu lugar, um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. O mesmo se aplicaria a uma saúde coletiva que se pretendesse construtiva, onde a ênfase seria posta sobre a existência concreta de sujeitos e sobre a possibilidade de se inventar saúde para estes indivíduos e para grupos expostos a possibilidade de enfermidades (SILVA, 2009).

Nessa perspectiva, Silva (2009, apud BASAGLIA, 1985) acrescenta que, em saúde pública, se poderia trabalhar com a idéia de mudança tanto das estruturas, da democratização e das normas de direito, quanto da capacidade reflexiva e da iniciativa dos sujeitos individuais e coletivos. A reconstrução da saúde coletiva passaria por um deslocamento de ênfase, antes fora a doença, depois as estruturas, agora se trataria também, de valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. Porém, o deslocamento de ênfase não deve significar abandono das outras dimensões.

Pensar-fazer políticas de saúde exige então, a criação de dispositivos, de espaços de contratualização entre os diversos atores que compõem as redes de saúde, exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. A Psicologia, nesse sentido, pode apresentar-se, pode estar e fazer intercessão (NASCIMENTO e col., 2004).

Considerações Finais

A Psicologia ao se constituir como ciência trouxe implicada em si fortes traços do modelo biológico vigente que, muitas vezes, acabava por enfatizar mais os antagonismos de suas teorias e métodos do que às possibilidades de conexão. Hoje, os psicólogos são chamados a desenvolverem, de forma concomitante, ações sobre indivíduos e sobre o coletivo, o que exige uma necessidade de reformulação de seus saberes e fazeres.

A inserção do psicólogo em equipes multidisciplinares na rede de saúde pública traz, implicada em si, a responsabilidade de trabalhar o singular de cada sujeito em um espaço de encontros da coletividade, bem como, a oportunidade de introduzir esse modo de pensar e agir em cada profissional envolvido nesse encontro.

No entanto, isso só será possível diante de uma Psicologia que ocupe seu lugar político, sendo efetivamente atuante na busca pelo reconhecimento da atividade profissional, vista e ouvida em equipes multidisciplinares e ainda, capaz de enfrentar o esvaziamento das subjetividades e o vazamento dos sentidos da vida. Assim, se poderá dizer que existe “o ser psicólogo”.

Referências Bibliográficas

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v. 17, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&Ing=en&nrm=iso>

BORGES, Celiane Camargo; CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre, v. 17, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf>> Acesso em: 24 fevereiro 2011.

BRASIL, Angêla Maria R. C. Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública. **Integração**. Ano X, n. 37. Jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf>> Acesso em: 24 fevereiro 2011.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080htm> Acesso em 21 abril 2011.

BRASIL. PORTARIA Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&rls=com.microsoft%3Aen-US&q=lei+nasf&oq=lei+nasf&aq=f&aqi=g1&aql=&gs_sm=e&gs_upl=1748412118710181010101015941164115>. Acesso em: 01 maio 2011.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Os especialistas da infância e da juventude: produzindo verdades competentes. **Paidéia**, São Paulo, v.11, n. 20, 2001. Disponível em: <<http://bases.birene.br/http://bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=390432&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 julho 2011.

DANTAS, Jurema Barros. Formar psicólogos: por quê? para quê? **Fractal: Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, dez. 2010 Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922010000900012&Ing=pt&nrm=iso> Acesso em: 23 maio 2011.

FERREIRA NETO, João Leite. Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre, v. 20. n. 1, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000100007&script=sciarttext>> Acesso em: 24 fev. 2011.

HORNSTEIN, L. **Introdução a Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 1989.

MENEGON, Vera Mincoff; COELHO, Angela Elizabeth Lapa. A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível. **Integração**. Ano X, v. 37, jun. 2004. Disponível em: <unipe.br/blog/psicologia/wp-content/uploads/2011/04/a-insercao-da-psicologia-no-sistema-de-saude-publica-uma-pratica-possivel.pdf> Acesso em: 20 abril 2011.

NASCIMENTO Célia A. Trevisi do (org). **Psicologia e Políticas Públicas: Experiências em Saúde Pública. CRP**. Porto Alegre. Disponível em<<http://www.crp07.org.br/upload/edicao/arquivo>. Acesso em: 01 maio 2011.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.5 n. 2, 2000. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csc/v5n2/7095.pdf > Acesso em: 24 abril. 2011.

PEREIRA, Fernanda Martina; PEREIRA Neto, André. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8 n.2, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo/pdf/pe/v8n2a02.pdf>> Acesso em: 01 maio 2011.

PIRES FILHO, Fernando Molinos. O que é Saúde Pública? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, mar. 1987. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid= S0102-311X1987000100007&script=sciarttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1987000100007&script=sciarttext)> Acesso em: 01 maio 2011.

QUEIRÓS Marcos S.; MERHY Emerson E. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 Abr. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v9n2/09.pdf> >Acesso em: 01 maio 2011.

SILVA, Magali Milene. Para além da saúde e da doença: o caminho de Freud. **Ágora: Estudos em teoria psicanalítica**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982009000200007&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2011.

SOARES, Adriana. **A psicologia no Brasil**. Psicologia ciência e profissão (Edição especial). São Paulo, 1979.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2010.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pd> > Acesso em: 24 fevereiro 2011.

YÉPEZ, Martha Traverso. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em estudo**. Mariangá, v. 6, n. 2, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722001000200007&Ing=pt&nrm=iso> Acesso em: 24 fev. 2011.