

LUCIANA CAVAGNOLLI

**O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA 24 HORAS: ESTUDO EXPLORATÓRIO NA
PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CURSO DE PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE/MS
2008**

LUCIANA CAVAGNOLLI

**O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA: ESTUDO EXPLORATÓRIO NA
PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada como requisito parcial para obtenção do título de psicóloga, no curso de Psicologia: Formação de Psicólogo, da Universidade Católica Dom Bosco, sob a orientação da Prof. Msc. Maria Solange Felix Pereira.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CURSO DE PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE / MS
2008**

O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS: ESTUDO EXPLORATÓRIO NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

RESUMO

O objetivo deste estudo foi levantar as necessidades e conhecer as representações sociais e um grupo de usuários de Unidade Básica de Saúde 24 horas em relação ao serviço Psicológico. A pesquisa foi realizada no período entre março e abril de 2008. Cinquenta pessoas responderam um questionário semi-estruturado que foi anotado pela pesquisadora. As perguntas identificaram as características individuais como sexo, idade, escolaridade e estado civil assim como a visão do usuário em relação ao serviço Psicológico. Verificou-se que a amostra constituiu-se na sua maioria de usuários do sexo feminino, de 20 a 40 anos, ensino médio completo, em relação ao estado civil dos participantes, pode-se observar que a maioria são casados. Os participantes, na sua maioria nunca fizeram o uso de nenhum tipo de atendimento psicológico, os que receberam pode-se observar que o atendimento foi por motivo de depressão, para renovar a CNH, separação, redução de estômago, no período da adolescência, menopausa, síndrome do pânico, teste de estresse e perda de um filho. Quando questionados onde receberam esses atendimentos os participantes responderam que foi respectivamente no Detran e no CEM, outros 56% responderam que foi na Santa Casa, HU, Consultórios particulares e CAPS na universidade e em convenio militar. Dos entrevistados 48% não sentem necessidade de ter atendimentos psicológicos, sendo que 52% sentem necessidade que variam entre conhecer o atendimento e poder conversar, conhecer a si próprio, para obter orientações diversas sofrimento psíquico, luto e saúde física. Questionados sobre o conhecimento que apresentavam sobre o que é o atendimento psicológico, a maioria dos participantes expressaram algum tipo de compreensão, sendo que suas representações foram emersas em três categorias sendo: representação de tratamento, representação de atendimento para resolução de problemas e representações diversas. O presente estudo mostrou a importância do psicólogo trabalhando dentro na UBS, na perspectiva do usuário, sendo que todos acham importante o trabalho do psicólogo, podendo facilitar e ajudar os sujeitos a adquirir uma visão integral do seu ser, bem como intensificar práticas preventivas e educativas para ajudar os usuários a compreenderem seus potenciais, para buscarem o equilíbrio e desenvolver uma atitude de vida saudável no contexto social em que estão inseridos.

Palavras-Chave: Saúde no Brasil; Psicologia da Saúde; Unidade Básica de Saúde

O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS: ESTUDO EXPLORATÓRIO NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO.

AUTOR: Luciana Cavagnoli

PROFESSOR ORIENTADOR: Maria Solange Felix Pereira

BANCA DE EXAMINADORES: Eveli Freire Vasconcelos e Jacy Corrêa Curado

1 INTRODUÇÃO

A saúde é considerada como “direito de todos e dever do Estado” tem seu marco garantido por políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação na Constituição da República Federativa do Brasil de 1998 (BRASIL, 1988).

Em 1990 define-se a Política Nacional de Saúde proposta na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), visando promover uma assistência com os princípios da universalização, equidade e integralidade das ações.

Porém o crescente crescimento das causas ditas acidentais devidas a trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e as causas intencionais, como agressões e lesões autoprovocadas que configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito (OPAS/OMS), tem gerado forte impacto para a sociedade e para o SUS na área de Urgência e Emergência.

O impacto dos acidentes sobre a saúde da população, contribui com a diminuição da qualidade de vida e da expectativa de vida entre adolescentes e jovens, além de repercutir no aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência e absenteísmo ao trabalho e à escola.

A área de Urgência e Emergência é muito importante para a assistência à saúde. Esta área visa garantir o acolhimento, a primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências (portaria n.º 2048/GM, 5/11/2002)

Destaca-se nos princípios da política nacional da Urgência e Emergência a estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências, a valorização da prevenção dos agravos e a proteção da vida, buscando gerar mudanças de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas conseqüências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem

totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades (portaria n.º 2048/GM, 5/11/2002).

Sendo assim, trabalhar com Urgência e Emergência, não é apenas realizar ações voltadas para a cura de doenças, mas também, trabalhar em sua prevenção, através de ações que envolvam os fatores geradores e condicionantes da saúde e qualidade de vida, que são a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o trânsito e o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (Lei 8080/MS, 1990).

A assistência às urgências ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) abertas 24 horas do dia e funcionando como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo usuários de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências.

A busca dos serviços ainda esta pouco definida pela população, porque muitos usuários com necessidades da atenção primária e especializada, acabam também buscando as unidades de urgência.

Esta realidade com diferentes atores implica a necessidade de buscar compreender e elaborar propostas para intervir sobre os contextos dos indivíduos e/ou dos grupos, expostos às diferentes condições de agravo à saúde indo desde um quadro de diarreia até os que chegam deitados em uma maca do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) ou do Corpo de Bombeiros com fratura e/ou artéria exposta por acidentes de trânsito ou outras violências.

A presente pesquisa teve como base o Estágio Básico na área de Psicologia da Saúde, foi desenvolvido na Urgência e Emergência 24 horas, Drº Walfrido de Arruda, localizado no bairro Coronel Antonino, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Inicialmente apresentaremos aspectos conceituais e teóricos que sustentaram nossas atividades, tais como: A Saúde no Brasil, apresentando um conteúdo detalhado sobre o Sistema de Saúde, com seus programas, princípios, assim como as conquistas e as dificuldades enfrentadas; Uma visão sobre a Psicologia da Saúde, destacando aspectos da construção de uma área voltada à humanização da saúde, e a inserção de psicólogos nas UBS. Também falaremos sobre o processo saúde e doença, realizando uma visão sobre o tema de acordo com vários autores.

Em seguida foi trazido o conceito de Representação Social direcionando essa abordagem as diversas características que podem contemplar os diferentes grupos sociais de acordo com as nuances próprias dentro da sua realidade.

Após a fundamentação teórica será abordada a apresentação dos objetivos da pesquisa, a descrição do método caracterizando a amostra, que descreverá a entrevista semi-estruturada adotada no estudo. Os resultados serão apresentados com a discussão, o que possibilitara um melhor entendimento sobre a pesquisa realizada.

Finalizando, propostas serão apresentadas visando participar dos processos de construção dos rumos das políticas de saúde que considerem o modelo de atenção à saúde para além do modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta onde seja considerado o psicológico, tanto do sofrimento físico quanto do moral.

2 ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

Nesta parte, apresentarei os aspectos teóricos e conceituais que orientaram no desenvolvimento do estágio realizado.

2.1 A Saúde no Brasil

De acordo com Souza e Carvalho (2003), o Ministério da Saúde vem assumindo, desde a constituição de 1988, o compromisso de aprimorar as práticas de saúde no Brasil, melhorando o atendimento até que o mesmo se torne igualitário, justo e humanizado, para satisfazer as reais necessidades da população. Porém, esse compromisso ainda não se materializou na sua totalidade. Até podemos admitir que as pessoas tenham maior acesso ao serviço de saúde, mas com menor qualidade dos atendimentos. Outro problema, diz respeito à relação que o profissional estabelece com o paciente, uma relação distante e impessoal, necessitando de ser reestruturadas e aperfeiçoadas.

Para Assis (2001), a diferença não está somente no tipo de atendimento, mas também na postura que o profissional possui em relação ao paciente, demonstrando dominação e poder, construindo uma barreira entre essas pessoas. Segundo Almeida (2000), podemos observar que o profissional não toca, não examina, não conversa com seu paciente, e a fim de tirar uma dúvida sobre um possível diagnóstico, solicita a realização de vários exames. A visão que se tem em relação ao paciente não é uma visão de pessoa, de um ser humano e com sentimentos, mas sim, a de um corpo apenas físico, desconsiderando todos os outros fatores que constituem esse sujeito.

Segundo Dimenstein (2001), estamos vivenciando um momento onde os profissionais demonstram o desinteresse, agindo de forma mecânica e alienada, visualizando o homem como objeto de seu trabalho. Frente a essa situação torna-se necessário enfatizar um trabalho voltado para a humanização das práticas da saúde, onde exista o acolhimento e o envolvimento com os usuários.

O diálogo é uma forma de promover a proximidade entre a população e os profissionais da saúde, promovendo a descentralização do poder. O uso de uma linguagem comum possibilita a compreensão, facilitando aos profissionais uma melhor intervenção. A melhor forma de promover a saúde é incluir as pessoas nesse sistema, tornando os pacientes ativos, participantes nos cuidados com sua saúde (ASSIS, 2001).

De acordo com Bezerra (2001), estamos em um período onde se luta por um atendimento de maior qualidade e envolvimento nos hospitais públicos, e ele enfatiza que, se o objetivo é este, é necessário saber se para a população esses serviços realmente estão sendo desenvolvidos adequadamente, talvez a solução seja tornar toda a sociedade participativa e incluí-la no sistema de saúde.

Apesar de todo o caos vivenciado na saúde, é possível afirmar que aos poucos estamos conseguindo evoluir. Segundo Bezerra (2001), as pessoas estão dando mais importância à saúde. Uma prova disso é a aceitação e a procura do atendimento extra-hospitalar nos ambulatórios de saúde mental, visto que já não se aceita a internação como alternativa terapêutica.

A ampliação da rede ambulatorial em saúde mental seria um reflexo relacionado à carência de serviços da saúde que a população vem enfrentando. Ampliar o número de atendimentos significa tornar esse tipo de serviço essencial ao homem, e acima de tudo, reconhecer que independente da classe social, todos necessitam de desfrutar uma melhor qualidade de vida e bem-estar (BEZERRA, 2001).

Segundo Souza e Carvalho (2003), desde os anos 60 o termo qualidade de vida tem provocado inúmeros estudos, pesquisas e debates. Apesar de todo esse movimento, ainda não temos uma definição precisa, existindo uma ampla variedade em relação às teorias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a qualidade de vida a partir de cinco dimensões: (1) saúde física; (2) saúde psicológica; (3) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral); (4) relações sociais; (5) meio ambiente.

A OMS define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Entretanto, pode ser difícil para as pessoas atingirem esse equilíbrio para ser saudável, pois no decorrer de sua vida podem existir aspectos que não estejam em

equilíbrio, e mesmo assim, as pessoas podem se considerar saudáveis, estando presente a subjetividade (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Para Bezerra (2001), enquanto busca-se e luta-se para desenvolver um sistema de saúde mais acessível e digno para todos, podemos ver que existe uma desigualdade em relação ao tipo de tratamento oferecido aos membros das diversas camadas sociais. “Enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as consultas de cinco minutos em ambulatório” (p.137).

Para esse autor acima citado, não são muitos os profissionais que se dispõem “por vontade própria” a trabalhar em hospitais públicos, UBS ou Programas de Saúde da Família (PSF). Ao contrário, a grande maioria opta por montar o seu consultório particular e atender aos pacientes que possam pagar o preço de sua consulta. Enquanto isso, a classe social mais “desfavorecida” clama por uma vaga nas filas de espera.

Essa desigualdade, injustiça social e discriminação em relação à saúde, obrigam todos aqueles que são ignorados por esse sistema, a recorrer a atendimentos mais acessíveis e mais disponíveis para aceitar, compreender e compartilhar as diferenças existentes. Observa-se que nessa seleção de pacientes, tendo em vista o poder aquisitivo de cada um, os profissionais estão desperdiçando uma grande oportunidade de tentar, aos poucos, reverter à crise da saúde, estão fechando os olhos para a agonia de muitos, evitando o compromisso social que um dia juraram assumir (BEZERRA, 2001).

Segundo Bezerra (2001), a saúde para os mais sucedidos financeiramente conhecem e sabem falar sobre seus sentimentos e emoções com muita riqueza. Essas pessoas perguntam e questionam aos médicos sobre todos os detalhes de sua saúde evidenciados pela consulta e exames. Já para classes menos favorecidas, a saúde está relacionada ao ato de poder trabalhar; estar doente significa a impossibilidade dessa atividade. Eles estão mais voltados para as respostas e sinais físicos, pois é da atividade laborativa que provém seu sustento. O relacionamento estabelecido com os médicos é distante, normalmente os pacientes “obedecem”, sem perguntar, pois acreditam não saber as palavras adequadas para expressar as suas dúvidas com tais profissionais.

Em meio à desigualdade social perante o acesso dos serviços de saúde, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, contando com a participação de profissionais e

acadêmicos ligados ao setor da saúde, além de representantes vinculados a projetos ideológicos e políticos. O objetivo desse movimento era um Sistema de Saúde revolucionário e descentralizado. A partir do movimento sanitarista que enfatizou a saúde como direito primordial da sociedade, originou-se o Sistema Único de Saúde, aumentando a rede de serviços de saúde oferecidos igualmente para todas as pessoas, viabilizando o bem-estar social (NEGRI; VIANA, 2002).

2.2 A Construção do Sus no Brasil.

De acordo com Negri e Viana (2002), o SUS começou a ser moldado a partir do processo de reintegração do país. Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um evento que marcou muito o início da construção do SUS. Nesse encontro, observou-se a ampla participação da sociedade, discutindo sobre a saúde do país, a questão da descentralização, a eficiência da gestão local e a participação popular, preparando assim a implantação do SUS.

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito social e dever do estado, assegurando os direitos à liberdade, a segurança, ao bem-estar, ao desenvolvimento, a igualdade e a justiça, como valores importantes para uma sociedade fraterna. As principais características do SUS que foram implantadas pela Constituição de 1988 são descritas a seguir:

A universalidade, gratuidade, integralidade, organização descentralizada com direção única em cada esfera do governo, prioridade das atividades preventivas e sem prejuízo das atividades de assistência da comunidade, financiamento público, das três esferas de governo, participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar (NEGRI; VIANA, 2002, p. 16).

Todas essas características vieram a firmar um direito que é de todos, além de ampliar o acesso à saúde para a população mais carente.

Em 1990, o SUS é referenciado pelas leis nº 8.142, de 28 de dezembro, tratando de questões que são importantes para o sistema público, conforme citado abaixo:

Artigo 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que por força do disposto no artigo anterior, se destinam às pessoas e a coletividade condições de bem estar físico, mental e social (NEGRI; VIANA, 2002, epigrafe 7).

Sendo assim, o SUS não atende apenas questões ligadas à assistência médica, mas também questões sociais, como a desigualdade e exclusão social, um dos principais problemas da sociedade.

De acordo com Negri e Viana (2002), a descentralização das ações e serviços de saúde é caracterizada como prioridade na implantação do SUS e possibilitou que municípios tivessem maior autonomia, participação e responsabilidade, pois passaram a receber os recursos aplicados para procedimentos com atenção básica (vacinas, assistência pré-natal, atendimento básico, pequenas cirurgias). Com isso os municípios passaram a assumir o papel de administrador do sistema de saúde local, atendendo, tanto quanto possível, as necessidades da região.

Através da descentralização das ações de serviço de saúde e de aperfeiçoamento de gerência, o SUS conseguiu aumentar o acesso dos serviços de saúde para a população, colaborando na diminuição dos problemas de saúde, como a mortalidade infantil, desnutrição de muitos outros assuntos que impediam a população de desfrutar de melhor qualidade de vida (NEGRI; VIANA, 2002).

A criação da Prioridade a Atenção Básica (PAB), possibilitou a concretização de um dos princípios do SUS, a equidade, por meio da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), vinculado com a Unidade Básica de Saúde (UBS), auxiliando na prevenção de doenças e promoção de saúde, caracterizando os cuidados primários com a saúde. Antes os PAB, os atendimentos em ambulatórios e hospitais, eram os mais procurados em comparação com serviços de atenção primária.

Do acordo com os dados do Ministério de Saúde, o PSF foi iniciado em junho de 1991, com a implementação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), e somente em janeiro de 1994, foram formados as principais equipes de saúde da Família, levando a saúde na casa das pessoas. O PSF contribuiu para a mudança do modelo assistencial, o qual mantinha as pessoas passivas em relação a sua saúde permanecendo os mesmos comportamentos (NEGRI; VIANA, 2002).

Para Cardoso (2002), o PSF está voltado para serviços de atenção primária junto às pessoas, à família e à comunidade, buscando não somente a prevenção de doenças, mas uma melhor qualidade de vida.

A equipe do PSF deve dispor de um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este programa inclui a participação da pessoa, existe a proximidade entre os profissionais de saúde e a população. É ensinada à comunidade a manter cuidados com a saúde, tornando as pessoas responsáveis e

conscientes em relação aos seus costumes e comportamentos. As equipes devem tomar conhecimento da realidade apresentada por determinada família, afim de proporcionar um melhor atendimento, entender as reais necessidades, atuando de maneira satisfatória (CARDOSO, 2002).

Para Negri e Viana (2002), considerando todas as mudanças, reformas e crises que o SUS passou ao longo desses dez anos, pose-se concluir que a saúde pública do Brasil evoluiu em vários setores. Apesar de inúmeros problemas é possível apontar alguns aspectos positivos já conquistados.

Pode-se constatar o empenho do Ministério de Saúde para combater a desnutrição infantil através do incentivo ao Programa de Controle das Carências Nutritivas. O Programa Nacional de Imunização também favoreceu para eliminar inúmeras doenças, caracterizando os serviços de atenção secundária.

Os mutirões de cirurgias eletivas também são bons exemplos dos serviços secundários. O maior destaque é a significativa mudança da redução de mortalidade infantil conquistada através de muito empenho, e que tem garantido o aumento na qualidade de vida da população.

O maior problema enfrentado pelo SUS é a desigualdade. Entretanto, é possível afirmar que para continuar ocorrendo mudanças positivas no setor da saúde, é necessário que toda população se una, pois não podemos esperar a iniciativa do governo, do estado, do município e de outras instâncias, precisamos assumir e lutar por nossos objetivos. (NEGRI; VIANA, 2002).

2.3 Psicologia da Saúde

Na década de 70, o Brasil passou por dificuldades econômicas e sociais havendo assim um desprestígio e críticas à psicologia individualista e desconectada dos problemas sociais. Isso significou uma baixa na procura pelo atendimento psicológico, das classes com poder aquisitivo alto, pois também foram afetados pela crise econômica (DIMENSTEIN, 1998).

A psicologia vinha sendo alvo de inúmeras críticas por parte não só da categoria – no sentido de que o trabalho clínico do psicólogo não apresentava grande significado social, sendo freqüentemente indicado como uma atividade de luxo (DIMENSTEIN, 1998. P. 67)

Como se pode perceber, a sociedade necessitava de uma nova forma de intervenção psicológica e isso, aliado a crise econômica, fomentou a busca de diferentes campos de atuação. Um deles foi Psicologia da Saúde, como forma de responder às exigências da sociedade e abrir novos mercados de trabalho não perder sua credibilidade.

Segundo Spink (1992), o descrédito da psicologia não foi apenas por causa da crise econômica, mas porque era restrita a duas dimensões: a primeira era pelo fato do trabalho psicológico ser realizado somente pela população eletizada e individualista, exercidas em consultórios particulares que privilegiavam este pequeno grupo da população. A outra dimensão compreendia as atividades exercidas em hospitais e ambulatorios de saúde mental, desenvolvida apenas dentro do enfoque de internação e medicação individual.

Para Angerami-Camom (2000), a Psicologia da Saúde é formada de meios pelo quais se faz o individuo buscar seu bem estar físico, social e mental. É a psicologia que entende a doença como uma quebra de equilíbrio entre os aspectos físicos e emocionais, não descartando suas relações com as vivências sociais do paciente.

De acordo com Cardoso (2002, p. 3) “Tanto a doença em si como a fantasia que o portador faz dela alteram, em maior ou menor grau, sua auto-estima, sua auto-imagem, suas relações interpessoais e com o mundo que o cerca”.

Nessa afirmação a autora deixa claro a inter-relação entre o adoecer e os processos psíquicos do homem e confirma a necessidade de não tratá-los de forma distinta. Ela continua dizendo que, no ser humano, aspectos referentes à mente, corpo, emoção e comportamento são processos unificados e em interação na produção de doenças.

Dimenstein (1998) pontua a necessidade da Psicologia da Saúde ampliar o leque de atuação e corresponder à demanda da realidade brasileira, possibilitando assim o surgimento de novas áreas no campo de assistência pública.

De acordo com Agerami-Camon (2004), é fácil perceber ao se adentrar nas reflexões sobre a inserção da psicologia em diferentes áreas, que há uma necessidade em

estar atendendo as reivindicações da demanda social e, para isso, necessita-se de uma renovação dinâmica em seus pressupostos que possa acompanhar e participar da transformação social.

Atualmente, observasse que há uma preocupação por parte dos cursos de graduação em Psicologia de estar atendendo e inserindo profissionais capacitados para atender a carência dos trabalhos na área da saúde. Porém, infelizmente, por falta de embasamento teórico pode-se identificar algumas confusões em relação ao psicólogo, pois não fica claro até onde é a prática psicológica e até onde é assistencialismo (RAMMIMGE, 2001).

Para que ocorresse a mudança foi necessária uma nova proposta de trabalho, que seria uma construção teórica sobre a saúde, que suspendesse definições em termos de normalidade, equilíbrio e ausência de sintomas. Isso supõe definir a saúde em termos de sistema que caracteriza o organismo humano. Em termos de organismo humano, a saúde deve ser considerada como um processo permanente que expressa a qualidade do desenvolvimento do sistema, que engloba tanto os elementos biológicos como os elementos subjetivos e sociais (REY, 1997).

Outra forma seria a formação de profissionais capacitados para atender as necessidades dos usuários do sistema de saúde, oferecendo serviços de extensão a comunidade e para realizar pesquisas que possibilitem o desenvolvimento da área (MIYAZAKI et al., 2002).

Sendo assim, a Psicologia da Saúde expande seu horizonte, ou seja, seu objetivo de estudo, passando a englobar não apenas processos psicológicos e psicopatológicos que distingue a psicologia clínica tradicional, mas também o conhecimento dos processos sócio-patológicos, fundamental para a manutenção da saúde e a compreensão da origem e do desenvolvimento da doença e dos diversos aspectos da prática médica (SPINK, 2003).

De acordo com Rey (1997), a ampliação do objetivo de estudo da psicologia possibilitou uma nova formatação estrutural para cursos de graduação, com diferentes enfoques para situação que sejam comuns.

Toda essa reestruturação pôs em cheque a formação tradicional do profissional de psicologia e merece destaque, principalmente no que diz respeito a atuação do psicólogo

nos serviços ambulatoriais, demonstrando uma postura de prevenção e promoção da saúde (SPINK, 2003).

Tais transformações colocam a formação tradicional do psicólogo na berlinda, deixando transparecer lacunas no que se refere aos conhecimentos necessários para embasar esta nova forma de atuação. Aqui também a perspectiva da construção social do conhecimento sobre saúde e doença pode trazer contribuições efetivas, diminuindo distância social; possibilitando a compreensão da visão de mundo específica dos diversos grupos sociais e motivando os psicólogos a buscarem formas de atuação mais compatíveis com os objetos do atendimento ao nível primário (SPINK, 2003, p. 50).

Para Brasil (2005), 1º Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, buscou-se novas formas de atuação mais compatíveis com os objetivos do atendimento à atenção primária. Entre essas formas estava a visão interdisciplinar, a cooperação intersetorial, o diálogo para todos e com todas essas abordagens envolvidas em várias ações de mudança social.

A psicologia assumiu uma postura de promoção da saúde, procurando adaptar-se a formas de atuação compatíveis aos objetivos do atendimento às atenções primárias, secundárias e terciárias. Sendo assim foi possível a ampliação do campo de trabalho do psicólogo, possibilitando a sua inserção nas UBS.

2.4 Psicologia da Saúde e Atuação Profissional.

Sabemos que o ser humano é um ser biopsicossocial, ou seja, deve ser visto de forma total. Nossas estruturas (sejam elas físicas, psíquicas ou emocionais) relacionam-se entre si. Cada área de nossas vidas traz interferência às outras.

Diversos autores (ROMANO, 1999; ÁVILA, 1996; SAMPAIO, 2000) discutem a respeito de conceitos e considerações sobre o estado de saúde e/ou doença. Revelam a importância de o profissional da área de saúde estar avaliando o ser humano em sua totalidade antes de definir um diagnóstico, de determinar o estado de um paciente.

Romano (1999, p. 16), afirma que “o corpo não é uma justaposição de órgãos, mas a total essência do homem”. Para ela, doença e saúde são um contínuo multifacetado, que deve ser analisado de forma individual a história de cada um.

Já Ávila (1996), afirma que a saúde só poderá se desenvolver quando levar em consideração a natureza integrada do homem, aprendendo a tratar o corpo e a alma como fenômenos inseparáveis.

Para Sampaio (2000, p. 1) “a saúde é um estado caracterizado pelo bom e normal desenvolvimento físico e psíquico do indivíduo, além de um perfeito equilíbrio funcional de seus órgãos internos”. Inclusive aponta a inserção de fatores da situação do indivíduo no contexto social em que vive. O autor conceitua como doença qualquer anormalidade observada no funcionamento orgânico do indivíduo e/ou no seu comportamento, quer no seu aspecto intelectual, quer do ponto de vista moral ou social, de forma que lhe afete o estado de bem-estar geral da saúde.

Para a OMS, o estado saudável é definido como bem estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença. Angerami-Camon (2000, p. 11) confirma este conceito e diz que a Psicologia da Saúde seria prática de levar o indivíduo a busca do bem-estar, e se refere a ela como sendo “[...] as práticas que atuam numa integração da saúde mental com a saúde física e social do paciente”.

Segundo Romano (1999), a Organização Panamericana de saúde (OPAS), em 1983, reforça a integração da psicologia como profissão essencial nos serviços de saúde. A autora relata que os estudos epidemiológicos realizados tem demonstrado que pelo menos uma quinta parte de todos os pacientes que recorrem aos serviços gerais padece de problemas fundamentalmente psicossociais e psicossomáticos.

Coleta (1999), afirma que a consideração dos aspectos psicológicos e sociais vêm crescendo em importância para saúde. Ao mesmo tempo que observamos a redução da incidência de doenças infecciosas, nos deparamos com um aumento proporcional de doenças crônicas, atribuída a diversos fatores relacionados ao estilo e qualidade de vida. Desta forma a Psicologia da Saúde, segundo a autora é considerada uma das áreas mais importantes da psicologia, contribuindo para a promoção da saúde, atuando neste contexto.

Entendemos que a inserção do psicólogo na instituição de saúde traz benefícios aos seus pacientes e também para os outros profissionais de saúde, melhorando a qualidade

no atendimento, a humanização, evitando internações desnecessárias e doenças de alto custo, através de programas de orientação e prevenção. O trabalho do psicólogo vem possibilitar melhorias na qualidade de vida, favorecer a descoberta de possibilidades e recursos próprios do paciente para o auxílio de uma possível cura de enfermidade, trazer reflexão sobre o significado do adoecer, elucidar sobre potenciais, fraquezas e limitações, auxiliar na reabilitação (BERNARDI et. al., 2001).

Para que haja maior eficácia na atuação do Psicólogo da Saúde, Angerami-Camon (2000), relata a importância de preconizarmos a humanização nos atendimentos realizados na área de saúde. Esta humanização dos atendimentos deve passar obrigatoriamente pela própria humanização do profissional da saúde. O que tem sido um desafio, pelo crescimento do empobrecimento nos relacionamentos interpessoais, com isso o desenvolvimento da informática, da tecnologia e da globalização.

De acordo com Angerami-Camon, (2000, p. 20) “as pessoas realizam, cada vez mais, consultas e contatos pela Internet. Ao mesmo tempo em que suportam o olhar de alguém que solicita afeto e afago emocional”.

Outros aspectos importantes na atuação do psicólogo na saúde e a compreensão das peculiaridades do paciente. Faz-se necessário compreender sua historicidade, necessidades emocionais e sociais, e características socioeconômicas.

Segundo Sebastiani (2000), a atuação da Psicologia da Saúde, envolve todas as fases do atendimento ao paciente, ou seja, fase primária (prevenção), secundária (tratamento), e terciária (reabilitação), estendendo-se para atuação no campo social do paciente. Segundo ele a Psicologia da Saúde propõe atenção integral à saúde.

O psicólogo vai trabalhar com o paciente sabendo que o indivíduo não é um ser isolado, mas que sofre influência, e influencia outros. Isto implica que o ambiente em que está inserido, é capaz de proporcionar auxílio propício ao tratamento do indivíduo, ou ser um agente de influência negativa ao tratamento. Nesse momento a psicologia vem trazer a instituição, soluções concretas e possíveis na qualidade do tratamento e reabilitação do paciente (ROMANO, 1999).

Para Novaes (1975), no processo de reabilitação, a psicologia vem auxiliar na reestruturação do indivíduo considerado incapacitado à posição de elemento útil à sociedade, buscando melhores formas de ajustamento nos diversos setores de sua atividade.

A psicologia tem desenvolvido também, no auxílio de indivíduos expostos a diferentes doenças como: AIDS, câncer, doenças renais, doenças cardíacas, diabetes, entre outras, ou em outras condições de agravo à saúde. A Psicologia da Saúde vem sendo solicitada a dar sua parcela de contribuição em novas abordagens. O psicólogo especializado nesta área poderá auxiliar a família e o paciente no desenvolvimento de conteúdos saudáveis e na melhoria da qualidade de vida. (ANGERAMI-CAMON, 2000).

Como vimos a Psicologia em uma instituição de saúde, tem possibilidade de trabalhar em varias vertentes da saúde, investigando o que há de saudável, enfatizando o que existe de bom, proporcionando melhor organização e condições que promovam o bem estar dos integrantes a instituição.

2.5 A Inserção do Psicólogo Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)

A inserção do psicólogo nas UBS tiveram como pressupostos, experiências isoladas na década de 70 foram realizadas por profissionais de psicologia que atuaram em diversas áreas de assistência publica a saúde junto a pediatria, cardiologia, nutrição, educação, enfermagem em um trabalho com equipe multiprofissional (DIMENSTEIN, 1998).

Cardoso (2002) entende que a equipe de saúde estabelece um elo de comunicação e parceria entre os profissionais, o que possibilita troca de informação e uma melhora da qualidade de serviços prestados a população.

De acordo Angerami-Camon (1991) todas essas áreas de assistência publica à saúde em que a psicologia atuou, foram alternativas que surgiram da busca e idealização de uma psicologia institucional sobre a influencia do modelo clínico, considerando os aspectos biopsicossociais.

Para Srtoebe e Stroebe (1995), a psicologia deve se basear no modelo biopsicossocial de saúde, considerando a ampla gama de fatores que podem levar ao adoecimento e compreendendo que o homem só pode ser tratado levando-se em consideração toda a historia de vida e seu contexto sócio cultural.

Atualmente a demanda da saúde pública pede por psicólogos que atuem dentro dos três modelos de atenção, a atenção primária que envolve a prevenção das doenças e promoção da qualidade de vida, a secundária como proteção de algumas doenças que aparecerem, e a terciária que fica responsável pela recuperação das capacidades perdidas levando a pessoa a ter de volta sua saúde (FRANCO; MOTA 2003).

É importante que profissionais da área de saúde tenham essa flexibilidade de atuação, lancem um olhar de responsabilidade social perante o ser humano e as adversidades encontradas no sistema público de saúde.

Para Rezende (1989):

Fica evidente que como profissionais da saúde devemos refletir sobre saúde e adquirir um comportamento humano ativo e dialético perante as permanentes questões conflituosas geradas pelas ações contrárias ter homem e a sociedade (REZENDE, 1989 apud CHIATTONE; SEBASTIANI, 1997, p. 127).

De acordo com Freire e Grandido (1999), além de refletir sobre a saúde e mudar de comportamento, o psicólogo deve conscientizar-se do papel e responsabilidade da sua profissão junto às camadas populares, abrindo assim novas alternativas de trabalho.

De acordo com Miyazaki et al. (2002), essas novas alternativas de ações coletivas podem estar ligadas à orientação profissional, orientação aos pais, de grupo de gestantes e de pacientes portadores de doenças crônicas.

Leite (1997), afirma que a participação do psicólogo nas UBS não é fácil, pois o mesmo deve buscar suportes teóricos e práticos que fundamentam seus modelos de atuação, da identidade e cultura do profissional, nas expectativas que a sociedade deposita em relação ao seu papel no campo de saúde, e na defasagem entre os modelos de subjetividade e valores culturais dos pacientes.

No entanto, o essencial é que a psicologia se adapte a realidade, mostrando principalmente para a população o novo modelo de prática dos psicólogos na saúde, para então oferecer um adequado atendimento na UBS, que seja condizente e abrangente com a necessidade e o interesse da população, dentro de uma lógica pautada pela prevenção de doenças e a promoção da saúde.

2.6 Processo Saúde – Doença

A OPAS (1996), define saúde, desde 1948, como o estado de mais complexo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença.

Para Segre e Ferraz (1997), essa definição é avançada para época em que foi realizada, entretanto é irreal, unilateral e ultrapassada. Está ultrapassada porque ainda fazem cisão entre o físico, o mental e o social. Estar doente e estar fora do eixo de harmonia entre corpo e mente, e muitos são os fatores para essa desarmonia, tais uma relação desajustada mente-corpo; relação homem-sociedade.

Os autores comentam que as causas sociais influenciam diretamente a pessoa, e se percebe o aumento das doenças somáticas, que acabam encontrando sua etiologia na problemática afetiva, a qual não pode ser vivenciada no plano psíquico. A repressão dessa agressividade não acaba encontrando outra via de escape no plano somático-corpo real.

De acordo com Roth (2001), o adoecimento pode ser visto por meio de diferentes óticas. Sob a ótica médica, e visto como uma disfunção do funcionamento do organismo. Do ponto de vista psicológica, trabalha-se com o sofrimento psíquico originado pela doença.

O discurso da medicina apóia suas observações e formulações no modelo biomédico de saúde. Este modelo é originado da biociência e exclui o contexto psicossocial dos significados, fundamentais para compreensão adequada das pessoas e suas enfermidades (DE MARCO, 2006).

O mesmo autor fala que a reintegração da dimensão psicossocial ao ensino e as práticas em saúde, visando à construção de um modelo biopsicossocial, que se contrapõe ao modelo biomédico, cristalizando nos últimos séculos, tem ganhado impulso a partir de contribuições que emergiram de diversas áreas de conhecimento, particularmente a partir do início do século XX. Ainda o mesmo autor, a perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente:

[...] ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social. Quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também a

capacidade relacionada que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva. (DE MARCO, p.64, 2006).

As influências do modelo biopsicossocial no plano curricular e nas práticas em saúde permanecem ativas, refletindo-se em uma série de mudanças e movimentos que tentam incorporar esses aspectos. O interesse pela humanização, que tenta incorporar os aspectos psicossociais ao modelo biomédico, pode ser incluído nessa trajetória. Neste aspecto, cabe destacar as medidas que vem sendo implantadas, pelo Ministério da Saúde, no intuito de estabelecer uma política de educação permanecer em saúde. (“Política Nacional de Educação Permanecer em Saúde” e Aprender - SUS) (DE MARCO, 2006).

Segundo Spink (2003, p. 47), a perspectiva construcionista social vai além das explicações de causalidade, e que “[...] a doença é vista com um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e como tal, sobretudo, um indicador da etiologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade”. Para Tonetto e Gomes (2007), o crescimento da aceitação do modelo biopsicossocial de saúde tem fortalecido o interesse pelo trabalho em equipes multidisciplinares.

De acordo com Segre e Ferraz (2007), falar em doença inclui o termo coletividade. Trabalhar-se melhor “doença-saúde” unindo forças, pois uma equipe multiprofissional possui melhores condições de observar os casos, vendo cada um individualmente, porém o tratamento só será legítimo se a pessoa manifestar vontade de ser ajudada, se isso não ocorrer o “tratamento” tornar-se benemerência defesa social.

Na perspectiva construcionista, segundo Spink (2003), a doença é caracterizada como fenômeno coletivo, sujeito as forças ideológicas da sociedade, que pode proporcionar ou não, melhorias na qualidade dos serviços de saúde prestados a sociedade. Essas perspectivas também consideram a ótica do paciente, colocando-o com um papel fundamental nos processos de saúde e doença possibilitando assim, o “[...] confronto entre o significado ‘social’ da experiência e o sentido ‘pessoal’ que lhe é dado pelo individuo” (SPINK, 2003, p. 47).

Com relação a essa questão Segre e Ferraz (2007, p. 07), afirmam que:

O relacionamento profissional de saúde-doença é, sabidamente, uma parceria entre duas pessoas, das quais uma delas detém o conhecimento técnico científico, que põe à disposição, que aceitara ou não [...] É nessas condições de pleno exercício da autonomia de duas pessoas que o tratamento só terá sucesso, a menos que uma delas - o paciente - renuncie à sua própria autonomia, optando

pela sujeição a uma postura mais paternalista do profissional de saúde, o que é freqüente, dada a condição de regressão que o mal-estar produz no cliente.

Ao propor um novo modelo para o atendimento na saúde, Angerami-Camon (2000), afirma que para haver uma maior eficiência e humanização no atendimento na área da saúde, é necessário que o profissional da saúde reconheça como primordial que sua atuação prescindia de outros profissionais, na tentativa de uma abordagem mais integrada ao paciente. A Psicologia da Saúde busca fazer uma nova dimensão de interdisciplinaridade, investindo também, desta forma, na humanização dos atendimentos realizados na área da saúde.

Para Spink (2003), os psicólogos necessitam se lembrar da importância de seu papel nessa longa caminhada pela área da saúde. A psicologia, se comparada a outras áreas, esta chegando tarde no cenário da saúde pública, estando ainda em fase de definição de seu campo de atuação nessa área, abandonando os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a história, dando mais atenção às pessoas como um todo, que participa de um grupo que exerce grande influência sobre as mesmas.

De acordo com Angerami-Camon (2000), os profissionais da área da saúde necessitam, de muito amadurecimento, seja no campo técnico metodológico, seja sob a ótica das questões ligada à própria identidade profissional.

Spink (2003), afirma que a formação recebida nos cursos de graduação e a forma de inserção do psicólogo no setor de saúde, pouco contribuem para a compreensão das formas e da dinâmica da prática médica e da organização dos serviços de saúde. Sem essa compreensão, será difícil situar corretamente a contribuição da Psicologia na explicação e/ou intervenção no processo saúde e doença.

A mesma autora fala que a inserção do psicólogo na equipe de saúde será freqüentemente, como facilitador do processo de tratamento, havendo poucas oportunidades de contribuição como profissional autônomo. Era função do psicólogo, preparar o paciente para a cirurgia e outras intervenções, além de segurar a barra quando o paciente expressava suas emoções, restituindo-o ao papel de agente passivo.

Para Dimenstein (2001), os psicólogos precisam: incorporar uma nova concepção de prática profissional, associada ao processo de cidadania, de construção de sujeitos com capacidade de ação e de proposição.

3 REPRESENTAÇÃO SOCIAL

De acordo com Spink (2003), as representações são conhecimentos socialmente construídos, suas origens extrapolam o presente, e inevitavelmente expressam uma ordem social construída por resíduos de saberes e crenças (SPINK, 2003).

Para Gomes, Mendonça e Pontes (2002), o primeiro sociólogo que estudou as representações coletivas foi Durkheim, para eles as representações seriam uma forma de tradução do modo de pensar do grupo em suas relações, que se ligam às experiências vivenciadas ao longo de suas gerações.

Os mesmos autores comentam que o conceito de Durkheim, as representações coletivas se aplicam melhor a sociedades menos complexas, já a teoria de representações sociais de Moscovici eram mais voltadas para as sociedades modernas, onde procurou trabalhar a estrutura social e a pessoa como elemento que se influenciam. Assim foi dada mais importância à pessoa do que a sociedade, dando caráter ativo na construção das representações.

Para Moscovici (2003), todas as interações humanas implicam em representações. Em todo lugar, quando encontramos algo e procuramos dar sentido a ele, contamos com as representações. As pessoas e os grupos possuem capacidade de pensar, produzir suas próprias representações e não ser apenas receptoras delas.

O mesmo autor comenta que a sociedade concede a capacidade figurativa de determinados conceitos segundo suas crenças e imagens. De acordo com os paradigmas atuais os novos paradigmas são aceitos, assim a sociedade tem mais facilidade de falar

sobre tudo o que se relaciona com ele. Segundo Moscovici (2003, p. 73) “Quando, pois, a imagem ligada à palavra ou as idéias se torna separada e é aceita como uma realidade, uma realidade convencional, clara, mais de qualquer modo uma realidade”.

As interações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social. [...] representações sociais são um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem que possibilitara as pessoas orientar-se em um mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2004, p. 21).

Segundo Guareschi e Jovchelovitch (1995), podemos encontrar a produção de representações sociais em vários lugares, como nas ruas, nos bares, nas instituições, nos meios de comunicação em massa, entre outros. Isso acontece e é formado a partir do momento que as pessoas se encontram para conversar, falar sobre suas vidas, ou quando entram em contato com os meios de comunicação com as instituições ou com a história, cultura de sua sociedade.

Para Jovchelovitch (1995), as representações sociais são construídas sobre a capacidade de representar do sujeito psicológico. Essa construção não está ligada apenas com essa capacidade, está ligada aos processos de comunicação e as práticas sociais.

Para Moscovici (1978), toda representação social é construída na relação do sujeito com o objeto, por isso não podem ser compreendidas enquanto processo cognitivo individual, uma vez que é formada na relação e na comunicação social. Para ele o sujeito e o objeto não são forçosamente distintos, não há separação entre universo externo e o universo interior do indivíduo ou do grupo.

O objetivo final das representações é tornar o não familiar em familiar. Com as representações, nosso mundo mental e físico passa a integrar novos elementos. O que não era identificado passa a ter uma identidade social, e dado sentido ao que não tinha. As representações são um conjunto de idéias, percepções, experiência de vida que se organizam em determinada forma com objetivo de dar forma ao mundo. (MOSCOVICI, 2003)

Para o autor, as relações humanas tem uma dinâmica de familiarização, onde as compreensões de objeto, acontecimentos e pessoas ocorrem sempre relacionados aos

paradigmas e eventos passados, onde a imagem fica mais evidente que a própria realidade. Uma situação não familiar gera medo devido à ameaça de medo, como se o que fosse novo ameaçasse a ordem em que vivem. Assim as pessoas constroem sentidos que rompem a ordem vigente, sentidos novos, diferentes, de acordo com a necessidade percebida.

Segundo Moscovici (2003), uma maneira de se trabalhar com o que é perturbador como que causa medo, é transferi-lo para o mundo real, trazê-lo o mais próximo de nos. Assim o que era desconhecido passa para a categoria do conhecido, o que era desconhecido passa a ser conhecido. O trabalho não –familiar é feito por meio de imagens, linguagens e idéias de um grupo.

De acordo com Abric (2000), pode-se dizer que a representação social é um guia para a ação, orientando as reações sociais; um sistema de pré-decodificação da realidade determinando um conjunto de antecipações e expectativas. Funciona como um sistema de interpretações da realidade, que rege as interações entre os indivíduos e seu meio físico social e determina seus comportamentos práticos. A visão do mundo que cada indivíduo ou grupo tem e utilizam para agir e tomar decisões, é indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais.

O mesmo autor confirma que as representações sociais é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, adquirindo uma orientação prática e participando para a construção de uma realidade comum a um grupo social. Ressalta que as representações sociais são um produto e o processo de uma vida mental, através do qual o indivíduo ou um conjunto reconstrói a realidade com a qual se depara e na qual atribui significado específico.

As representações sociais possuem uma função identitária que situa os indivíduos e os grupos dentro do contexto social e que os leva a formação de uma identidade social e pessoal adquiridas com as normas e valores socialmente e historicamente determinadas (ABRIC, 2000).

De acordo com Moscovici (1978), dentro das representações sociais não existe uma realidade determinada, mas sim uma realidade representada, que é reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada nos seus sistemas de valores, isso dependendo do seu contexto histórico e social a qual faz parte. Sendo

assim, a representação social é uma forma de visão global e ao mesmo tempo unitária de um objeto, ou sujeito.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Levantar as necessidades e conhecer as representações sociais de um grupo de usuários de Unidade Básica de Saúde 24 horas em relação ao serviço Psicológico.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os motivos que levaram os usuários a utilizarem o serviço psicológico;
- Levantar os locais que a amostra recebeu atendimento psicológico;
- Conhecer as necessidades de atendimento psicológico dos usuários;
- Levantar o conhecimento que a amostra apresenta sobre o serviço psicológico;
- Conhecer as expectativas dos usuários com relação ao trabalho do psicólogo em Unidade Básica de Saúde.

5 MÉTODO E PROCEDIMENTO

5.1 Método

Este é um estudo exploratório quantitativa e qualitativo, com métodos descritivos, feitos através da aplicação e análise de questionário.

De acordo com Lakatos e Marconi (1992), este método consiste em utilização da técnica de preenchimento de questionário, previamente formulado, para ter posteriormente as respostas dadas pelos pesquisados, tabuladas e analisadas.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo-se rigorosamente a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais dos Psicólogos, atendendo aos seguintes aspectos: o consentimento dos sujeitos da pesquisa, assegurando-lhes o sigilo, anonimato e respeito aos seus valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos, bem como aos seus hábitos e costumes. Anexo A.

5.2 Participantes

A amostra foi composta de 50 participantes de ambos os sexos que encontravam-se na recepção da UBS 24 horas a espera de atendimento médico. Os participantes possuem idade de 20 a 62 anos, com escolaridade que varia do ensino fundamental completo ao ensino superior completo, com estado civil variados.

5.3 Caracterização do Local de Estágio

O primeiro contato com a Unidade Básica de Saúde 24 horas, aconteceu por intermédio da supervisora do estágio, por telefone, informando à gerente sobre a atividade que seria realizada pelas estagiárias da instituição. Nesta primeira visita, foi explicado para a gerente da unidade como seriam, a princípio, as atividades realizadas na instituição, como também, apresentada a ementa do estágio em Psicologia da Saúde. As estagiárias conheceram as dependências do posto e foram apresentadas a um grupo de funcionários, dentre estes a enfermeira chefe do 24 horas.

A aplicação do questionário foi realizada com uma amostra de usuários que utilizam os serviços médicos no Centro Regional de Saúde 24 horas Walfrido de Arruda, que esta localizado no bairro Coronel Antonino, e é considerado referência em atendimento pré-hospitalar, com uma equipe com 127 profissionais, entre corpo clínico e técnico.

Com uma área construída de 2.800 m², a nova unidade possui como diferencial o atendimento Quali-SUS, que consiste na classificação do atendimento dividido em áreas por cores, buscando um atendimento humanizado e qualificado. A área vermelha é responsável pelo atendimento de emergências, a amarela cuida da estabilização do paciente, a verde é a enfermagem de urgência e a azul é onde ocorrem a triagem que encaminha o paciente para o devido especialista.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), a área vermelha tem capacidade para atender três pacientes, a azul cinco e a enfermagem tem 25 leitos, sendo oito pediátricos e 17 adultos. O corpo clínico é formado por 22 pediatras, 27 clínicos gerais, 11 plantonistas eventuais, um ginecologista-obstetra, 53 técnicos e auxiliares de enfermagem e 11 enfermeiros.

Outra inovação do Centro Regional é a Tele Medicina, que consiste no envio de exames via Internet para especialistas de todo o Brasil realizarem diagnóstico mais preciso das doenças. Atualmente esse atendimento é feito via fax nas unidades de saúde do município.

O Centro contém, além das áreas de atendimento do Quali-SUS, salas de raio-x, ultra-som, sutura, consultório ginecológico, necrotério e três salas para cursos de treinamento dos profissionais na área da saúde. No piso superior funciona o auditório do Núcleo de Educação Permanente com a capacidade de 78 lugares.

5.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Pela complexidade do estudo, foi elaborado um roteiro de entrevista de acordo com a necessidade da pesquisa. O mesmo era composto por 4 eixos, onde os usuários individualmente respondiam abertamente as questões relacionadas. (Anexo B).

Com a primeira questão: já recebeu atendimento psicológico? Por quê? Onde foi atendido? Buscou-se levantar o motivo pelo qual os participantes obtiveram o atendimento psicológico e o local que foram atendidos.

Na segunda questão perguntou-se a respeito da necessidade de receber o atendimento psicológico? Com esta questão, procurou-se verificar a necessidade que os participantes apresentam para receber o atendimento psicológico.

Na terceira questão: Você sabe o que é o atendimento psicológico? Buscou-se conhecer as representações dos participantes em relação ao trabalho do psicólogo.

Na quarta e última questão do roteiro da entrevista: julga importante o trabalho do psicólogo nas UBS? Por quê? Buscou-se conhecer a percepção dos usuários a respeito da importância do trabalho do psicólogo nas unidades básicas de saúde.

5.5 Procedimentos

O procedimento utilizado consistiu de entrevista direta e individual.

Primeiramente abordava os usuários, me apresentava e explicava qual era a finalidade do estudo. Após o sujeito ter sido informado e apresentado sobre a pesquisa e os critérios de inclusão, de forma voluntária e ter concordado em participar da mesma, perguntava-se se tinha alguma dúvida, para os necessários esclarecimentos.

Aqueles que aceitavam participar apresentavam através de leitura formal, o termo de consentimento livre e esclarecido relativo à pesquisa.

No final da entrevista a pesquisadora agradecia a colaboração

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo exploratório são usuários do Centro Regional Dr^o Walfrido de Arruda, em geral são pessoas que moram na comunidade.

Os dados do estudo foram colhidos em uma amostra composta por 50 indivíduos, sendo que destes, 74% eram do sexo feminino e 26% do sexo masculino.

As questões do instrumento foram divididas em duas partes, de modo que a primeira, composta por 4 itens permitisse traçar as características da amostra em relação ao sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade. Enquanto que na segunda parte, composta por 4 questões, subjetivas pra obter respostas da visão do usuário em relação ao serviço psicológico em UBS 24 horas.

As 4 questões foram abertas, com respostas variadas.

6.1 Perfil sociodemográfico dos usuários da UBS 24 horas.

Neste item estão apresentados os gráficos dos resultados sociodemográfico, pertencendo à primeira parte do questionário aplicado.

A maioria da amostra foi composta por mulheres (74%) sendo que apenas 13 homens foram pesquisados, totalizando 26%. Conforme figura abaixo:

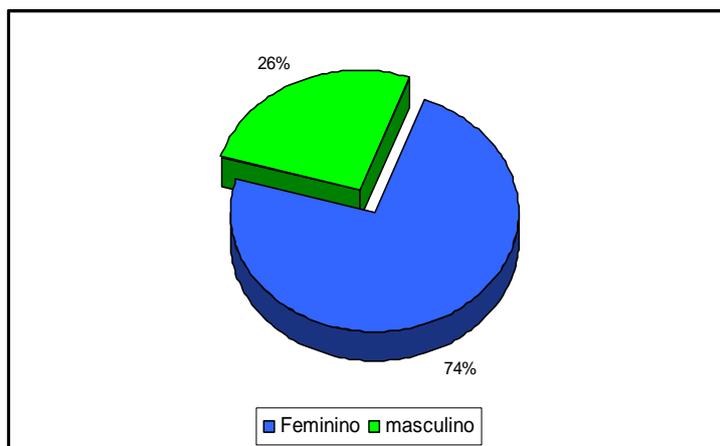


Figura 1. Distribuição percentual dos participantes quanto ao sexo.

Quanto à idade dos entrevistados, observou-se um predomínio com 42% da faixa etária de 30 a 40 anos, sendo que dos 20 a 30 foram 16%, dos 50 aos 62 restaram apenas 14%. Conforme figura abaixo.

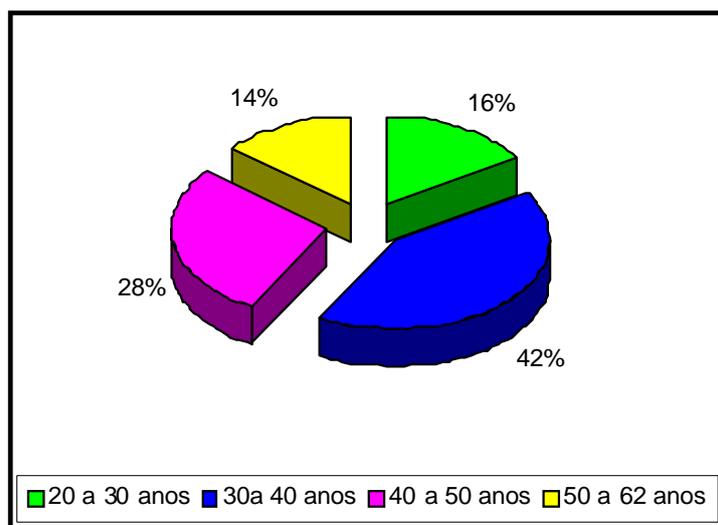


Figura 2. Distribuição percentual dos participantes quanto à faixa etária.

Quanto ao grau de escolaridade, considerou-se o que relatou cada entrevistado, classificando o grupo de acordo como os níveis de escolaridade encontrados na fala dos participantes.

Somente (6%) possuem Ensino Superior Completo, no qual a maioria (42%) já completou o ensino médio, restando 18% para quem não concluiu o ensino médio, 10% para quem está cursando o ensino superior e 24% para quem possui o ensino fundamental completo. Conforme figura abaixo.

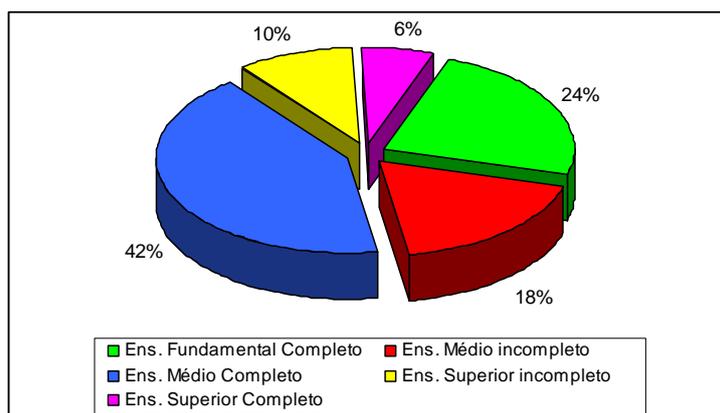


Figura 3. Distribuição percentual dos participantes quanto à escolaridade.

Quanto ao estado civil dos participantes, pode-se observar que a maioria dos entrevistados são casados (58%), em seguida com 30% aparecem os participantes que são solteiros. Os outros participantes dividem-se em Divorciados (6%) e amasiados (6%). Conforme figura abaixo:

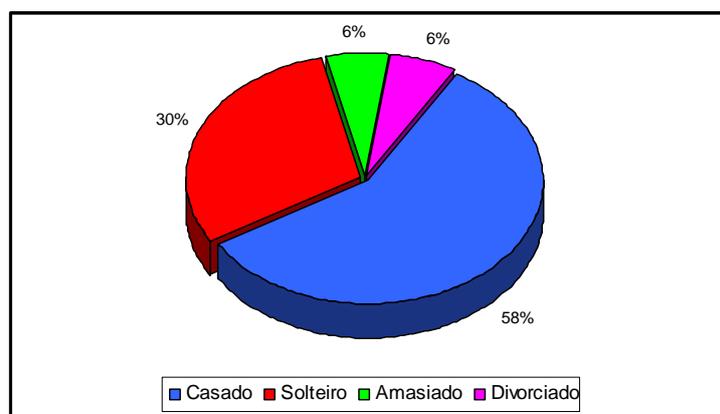


Figura 4. Distribuição percentual dos participantes quanto ao estado civil.

6.2 Motivos dos Usuários Buscarem o Atendimento Psicológico

Com a questão: Você já recebeu atendimento psicológico? Por quê? E onde foi atendido? Contatou-se que na amostra que a maioria dos usuários não tiveram nenhuma experiência com algum tipo de atendimento psicológico, conforme figura abaixo:

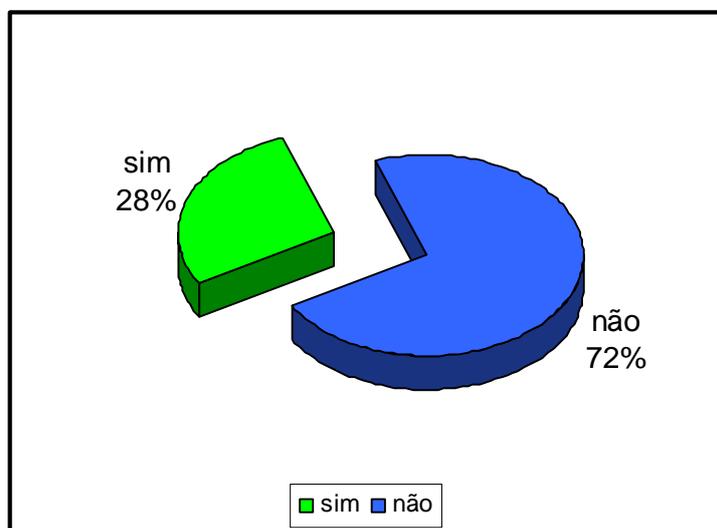


Figura 5. Distribuição percentual dos participantes quanto ao recebimento de atendimento psicológico.

Observa-se que 28% da amostra receberam atendimento psicológico, pelos motivos de: depressão (26%), em seguida com 19% os entrevistados responderam que já receberam atendimento psicológico para renovar a CNH. 13% dos pesquisados responderam que foi por causa de separação e empatados com 7% ficam os motivos de redução de estomago, no período da adolescência, menopausa, síndrome do pânico, depressão, teste de estresse, perda de um filho. Conforme figura abaixo:

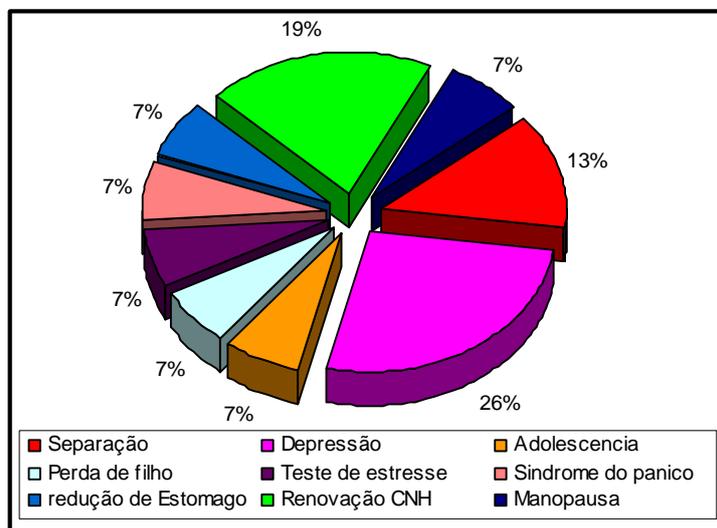


Figura 6. Distribuição percentual dos participantes quanto aos motivos do atendimento psicológico.

Quando questionados onde receberam os atendimentos psicológicos 15% dos participantes responderam que foi respectivamente no Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN), e no Centro de Especialidade Médica (CEM). Outros 56% responderam que foi na Santa Casa, Hospital Universitário (HU), consultórios particulares e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Na Universidade e em Convênio Militar, foram 7% dos entrevistados, conforme a figura abaixo.

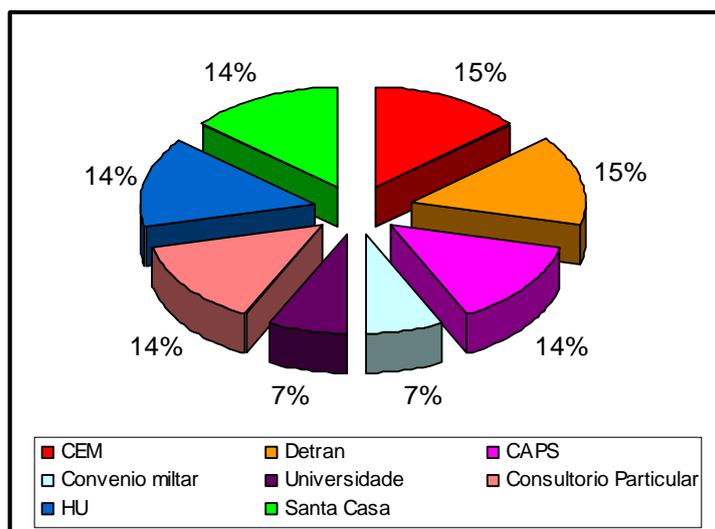


Figura 7. Distribuição percentual dos participantes quanto aos locais de atendimentos psicológicos.

Quanto aos locais onde os participantes receberam o atendimento psicológico, constata-se que nenhum dos participantes recebeu o atendimento psicológico em UBS.

Levanta-se a hipótese que a ausência de atendimento é decorrente da atual política de saúde do município de Campo Grande, que inicia o processo de implantação do serviço psicológico na rede de Secretaria Municipal de Saúde Pública. Em toda rede são 25 psicólogos, 2 trabalhando em UBS e os demais distribuídos na Administração/SESAU; Direção distrital de Saúde/leste e Direção de Saúde/oeste; Coordenação de Assistência e Programa de Saúde; Centro de Atendimento ao Escolar; Divisão de Assistência a Saúde; Divisão de Apoio Terapêutico e recursos diagnósticos; Centro de Doenças Infecto-parasitárias; Núcleo de Atendimento Psicossocial (NAPS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

6.3 Necessidades dos Usuários em Receber Atendimento Psicológico

Ao serem questionados se sentiam necessidades de receberem o atendimento psicológico, 48% dos participantes manifestaram que não sentem necessidade de receberem atendimento psicológico. A necessidade de atendimento foi evidenciada por 52% dos participantes. Conforme figura abaixo.

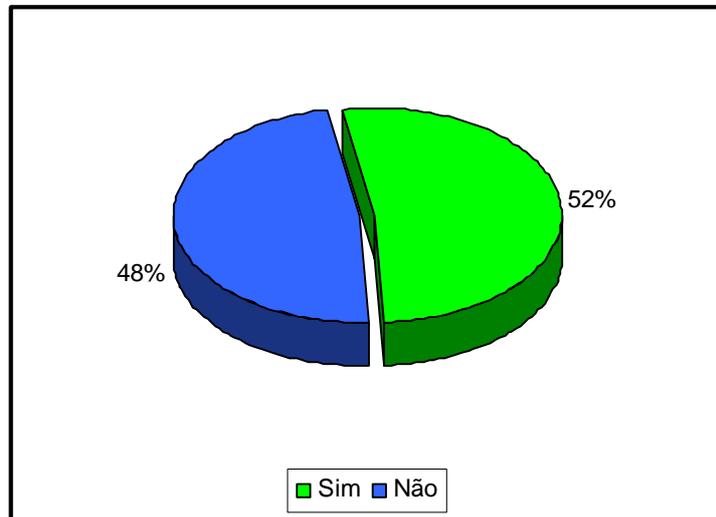


Figura 8. Distribuição percentual dos participantes quanto à necessidade de receber atendimento psicológicos.

Nota-se que a de necessidade de atendimento psicológico pelos participantes (52%). Destaca-se as necessidades decorrentes de diferentes fatores, seja da saúde no contexto da prevenção como, por exemplo, o conteúdo: “*eu gostaria de ser atendido por um psicólogo para poder me conhecer melhor*” ou até no contexto do tratamento “*sou muito nervosa e tenho medo de tudo*”.

Dos conteúdos apresentados elaborou-se 6 categorias sobre as necessidades pessoais dos entrevistados em receber atendimento psicológico:

Conhecer o atendimento e poder conversar: “*Por achar que é importante e para poder conhecer como funciona esse tipo de trabalho*”; “*escutei que é importante e gostaria de saber como é*”; “*Para poder conversar com um profissional qualificado*”; “*para conversar e ter mais oportunidades*”; “*para ter alguém para conversar e poder entender mais coisas*”; “*preciso conversar para poder me abrir*”.

Conhecer a si próprio: “*gostaria de me conhecer melhor*”; “*preciso me entender mais*”; “*necessito me auto conhecer*”;

Para obter orientações diversas: “Para saber se estamos agindo certo”; “Para orientar os filhos”; “para lidar com as situações do dia a dia, enfrentar e lidar com os alunos”; “para se manter bem”

Sofrimento Psíquico: “perder o medo”; “diminuir a ansiedade”; “ter mais equilíbrio emocional”; “sou muito estressada”; “tenho medo de tudo”; “síndrome do pânico”; “não conseguir dormir”; “sou muito nervosa”; “tenho confusão nos pensamentos”.

Luto: “Perda do meu filho”; “Perda do meu pai”

Saúde física: “Para me manter bem fisicamente”; “Por causa da cirurgia do estômago”;

Observa-se nas falas dos participantes a percepção do atendimento psicológico para além do sofrimento psíquico e do trabalho tradicional da psicologia.

O atendimento psicológico está associado à busca de conhecimento sobre o que é a psicologia, bem como ao atendimento que envolve a prevenção das doenças e promoção da qualidade de vida.

A figura 9 mostra a demanda do atendimento da saúde para os entrevistados.

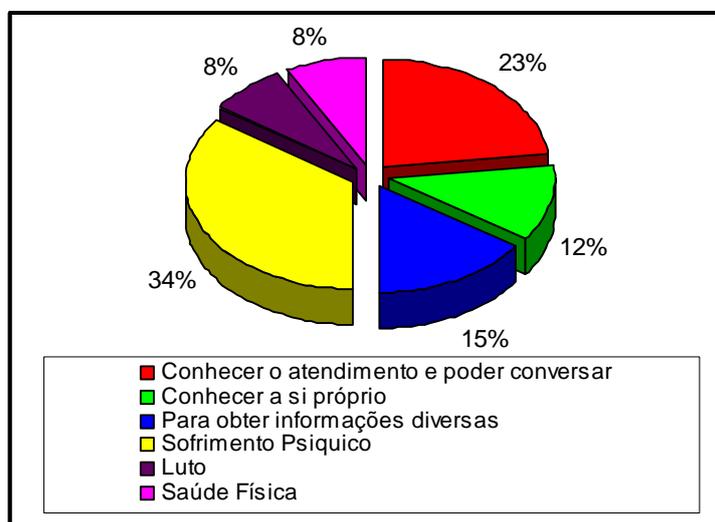


Figura 9. Distribuição percentual dos participantes quanto aos motivos da necessidade dos atendimentos psicológicos.

6.4 Representações do Atendimento Psicológico

Questionados sobre o conhecimento que apresentavam sobre o que é o atendimento psicológico, a maioria dos participantes (76%) expressaram algum tipo de compreensão, enquanto 24% relataram que não possuíam nenhum conhecimento ao respeito. Conforme a figura 10.

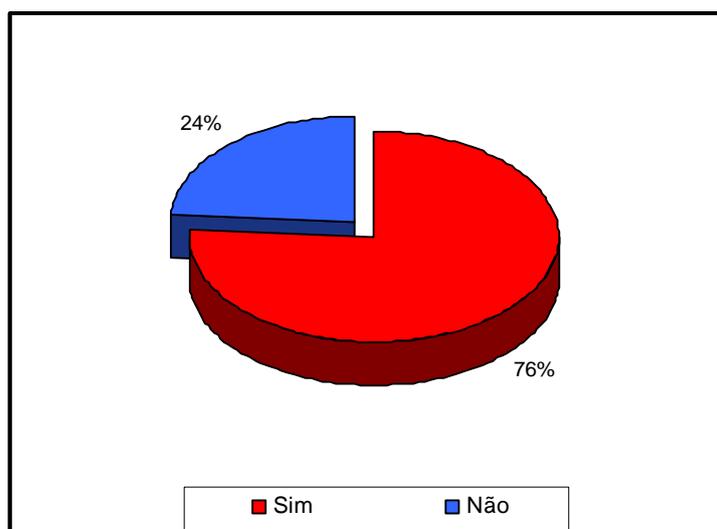


Figura 10. Distribuição percentual dos participantes quanto ao conhecimento sobre o atendimento psicológico.

Das falas dos participantes emergiram três categorias que estão dispostas a seguir:

Representação de tratamento: *“Ajudar as pessoas com distúrbios mentais”; “atender pessoas nervosas”; “tratamento da mente”; “para saber se as pessoas possuem problemas mentais”; “tratamento da saúde da cabeça”; “para as crianças com problemas emocionais ou de aprendizagem”; “tratar de pessoas que sofrem abuso”; “profissionais que tratam de pessoas perturbadas e depressivas”; “para tratar dos traumas”; “acompanhar emocionalmente”*

Representação de atendimento para resolução de problemas: *“e quando alguém procura um profissional para resolver problemas amorosos, financeiros ou algo que incomoda”; “ajuda pessoas com problemas”; “alguém que conversa sobre os problemas”; “profissionais que ajuda a compreender o que estamos passando”; “alguém*

que conversa com a gente e ajuda a fazer as coisas que não conseguimos”; “alguém que escuta nossos problemas”; “auxílio nos conflitos da família”; “ajuda a entender as doenças, a lidar com a doença e a família”; “tira dúvidas sobre nós mesmos”; “alguém para desabafar”; “esclarecimento de dúvidas”.

Representações diversas: *“conversa com as pessoas”; “apoio emocional”; “escuta e ajuda”; “contar o que estamos sentindo”; “estudo do comportamento”.*

A representação do atendimento psicológico dos participantes configura-se na perspectiva do tratamento de problemas mentais e de atendimento para resolução de problemas.

Destaca-se no conteúdo, a representação do trabalho do psicólogo envolvendo as fases do atendimento ao paciente, primária (prevenção) e secundária (tratamento), não aparecendo percepções na terciária (reabilitação).

A prevenção é um trabalho de grande valia, onde a psicologia pode intervir de maneira eficaz e oferecer bens consideráveis à saúde. O psicólogo pode propiciar conscientização ao paciente e família em relação à promoção de atitudes saudáveis e proporcionar maneiras que exercite a realização de ações preventivas.

Na fase de tratamento a psicologia pode auxiliar o paciente, para que este encontre sentido e cumprir corretamente o tratamento solicitado.

Na figura abaixo a relação do entendimento do trabalho do psicólogo.

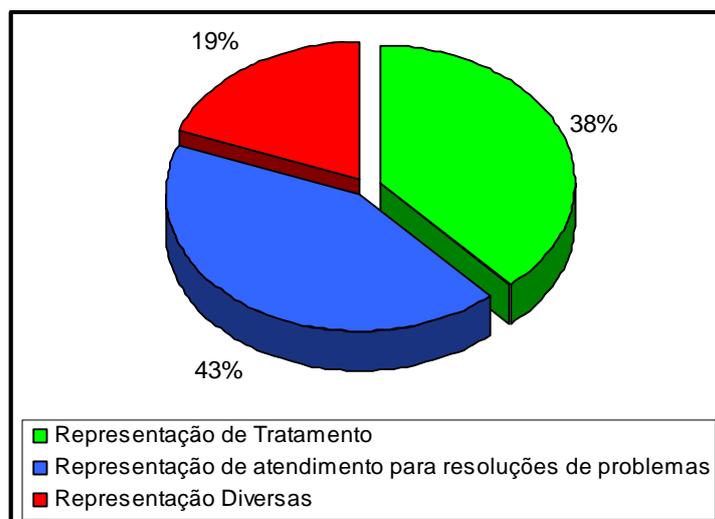


Figura 11. Distribuição percentual dos participantes em relação ao que entendem por atendimento psicológico.

6.5 Representação do trabalho do Psicólogo nas UBS

Com a questão você julga importante o trabalho do psicólogo nas UBS 24 horas, constatou-se que 100% dos entrevistados percebem o trabalho como importante.

As representações sociais dos usuários foram construídas em três categorias distribuídas, considerando o contexto político social, o contexto biomédico e o contexto psicológico.

Contexto Político e Social: *“A população teria acesso a esse profissional também”; “Resolveria o problema de muitas pessoas que sofrem e não possuem condições para irem em consultórios”.; “Para as pessoas carentes”; “Hoje em dia a maioria das pessoas precisam de acompanhamento psicológico, e ao procurar em UBS não encontram”; “Pessoas carentes não possuem condições financeiras para irem em consultórios particulares”; “As pessoas precisam conversar com alguém para resolverem seus problemas, mas não encontram esse tipo de atendimento nas UBS”; “Ter o atendimento na comunidade seria mais acessível”; Muitas pessoas trabalham o dia inteiro e precisam precisão desse tipo de atendimento em horários diferenciados”; “Quando acontece acidentes ou morte nas UBS, já teria um profissional preparado para atender e a ajudar”; “O acesso do atendimento para a população da comunidade ajudaria muito, desde crianças a idosos”; “Principalmente porque geralmente as pessoas que vem na UBS são pessoas de poder aquisitivo baixo, e assim poderiam ter esse tipo de atendimento também”; “Esse serviço é muito desvalorizado nas UBS, sendo que tem grande circulação de pessoas, que precisariam não só de um médico que passa alguns remédios e pronto, mas também de alguém para escutar, conversar e poderem ser compreendidas”; “Muitas pessoas precisam ser ouvidas e não possuem com quem conversar”; “Já procurei uma UBS pois tive uma crise de pânico e os funcionários falaram que não podiam fazer nada, pois não tinham profissional qualificado, o médico me receitou um remédio e pronto, mas*

isso não me ajudou muito, tive que procurar um psicólogo particular, só que esta muito difícil poder continuar meu tratamento, pois não estou conseguindo pagar, e tendo um psicólogo nas UBS ajudaria muitas pessoas com o mesmo problema que o meu e por outras coisas também”; “O profissional de psicologia nas UBS seria muito importante, não só para os usuários, mas para os profissionais também, pois na maioria das vezes eles descontam seu estresse nos usuários e isso não é certo, ajudaria aquelas pessoas que não podem pagar, ajudaria os profissionais a poderem fazer seu serviço com mais vontade, mais amor, e as pessoas ficariam melhores, não procurariam o atendimento se não fosse por problemas de saúde físico”.

Contexto Biomédico: *“Muitas pessoas que procuram a UBS sofrem muito, mesmo tomando remédios não melhoram, isso porque não estão doentes fisicamente e sim emocionalmente, assim se o médico percebesse que a procura daquele usuário é constante e não tem melhoras, poderia encaminhar para o psicólogo que poderia ajudar a resolver e entender o que esta passando na vida do usuário”; “Muitas pessoas não conseguem enxergar a realidade, procuram um médico, tomam vários remédios, mas na verdade o que precisam e de um psicólogo, mas não possuem condições para irem em consultórios particulares, por isso continuam vindo a UBS várias vezes pelo mesmo motivo”; “Muitas pessoas que vem para serem atendidas nas UBS, passam pelo atendimento médico e ficam tomando remédios, mas na verdade se estivessem tendo o atendimento psicológico nada disso seria necessário, pois nem tudo é problema físico, o emocional faz com que a pessoa se sinta mal de saúde”.*

Contexto psicológico na perspectiva individual: *“Muitas pessoas acham que estão doentes fisicamente, mas na verdade estão mentalmente, e tendo um psicólogo na UBS poderia ajudar nesse aspecto”; “Existem muitas pessoas deprimidas, assim poderiam contar com a ajuda de mais um profissional”; “Para terem conselhos certos e serem ouvidos”; “Para resolverem seus problemas”; “É muito bom”; Para as pessoas serem orientadas”; “Para as crianças que sofrem agressão, ou que possuem ausência de pai e mãe”; “Muitas pessoas necessitam de alguém instruído para lidarem com situações cotidianas”; “Para as pessoas da comunidade poderem ser avaliadas mentalmente”; “Para poder conversar, ai quando passasse pelo atendimento médico, quem estivesse mal emocionalmente o médico encaminharia para o psicólogo”; “Dependendo do motivo que a*

pessoa esta na UBS, poderia ajudar, como nos acidentes”; “Muitas pessoas tentam se matar, tendo um psicólogo poderia ajudar essas pessoas e sua família”; “Muitas pessoas não estão bem psicologicamente e ao vir ao médico poderiam passar pelo psicólogo também”; “Para poder conversar, aí quando passasse pelo atendimento médico, quem estivesse mal emocionalmente o médico encaminharia para o psicólogo”; “Dependendo do motivo que a pessoa esta na UBS, poderia ajudar, como nos acidentes”.

Corroborando com Bernardi et al. (2001), entende-se que a inserção do psicólogo na instituição da saúde traz benefícios aos seus pacientes e também aos profissionais; trabalhando junto aos outros profissionais da saúde, humanizando e melhorando a qualidade no atendimento, evitando internações desnecessárias e doenças de alto custo, através de programas de orientação e prevenção. O trabalho do psicólogo vem possibilitar melhorias na qualidade de vida, favorecer a descoberta de possibilidades e recursos próprios do paciente para o auxílio de uma possível cura de enfermidade, trazer reflexão sobre o significado do adoecer, elucidar sobre potenciais, fraquezas e limitações, auxiliar na reabilitação.

Segundo Sebastiani (2000), a atuação da Psicologia da Saúde, envolve todas as fases do atendimento ao paciente, ou seja, fase primária (prevenção), secundária (tratamento), e terciária (reabilitação), Estendendo-se para atuação no campo social do paciente. Segundo ele a Psicologia da Saúde propõe atenção integral à saúde.

Pode-se dizer que na questão do atendimento psicológico o usuário participante do estudo percebe a doença e a necessidade de tratamento podendo ser modificada, com a intervenção psicológica. Destaca-se a percepção da existência de questões subjetivas presentes, como também de que o paciente com o atendimento psicológico poderá perceber que existem outros fatores que influenciam no quadro clínico da doença.

É necessário que os profissionais tenham uma compreensão das peculiaridades do paciente. É necessário compreender sua historicidade, necessidades emocionais, sociais e características socioeconômicas para que tudo corra da melhor maneira possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período do estudo na UBS 24 horas, em contato direto com os usuários na recepção, tive a oportunidade de conhecer e de compreender um outro contexto. Ao entrar em contato com a realidade vivenciada pelos usuários, pude compreender e ampliar minha visão sobre as dificuldades existentes no Sistema de Saúde, possibilitando uma melhor compreensão para atuação.

Lembrando que os objetivos mais amplos da Organização Mundial de Saúde é promover esforços para que todos os povos atinjam o nível mais alto possível de saúde e tendo em vista a sua definição de saúde como o bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças, diríamos que o estudo ofereceu indicadores da importância da ação psicológica nas UBS.

O estudo possibilitou constatar as dificuldades apontadas na literatura e de conhecimento público da sociedade geral, especialmente da população dependente do SUS a rotina do trabalho. Percebeu-se que quando o usuário chega a UBS, já sabe que o atendimento será paliativo, devido ao modelo institucional e a prática do profissional da saúde na perspectiva biológica e curativa, com pouco cuidado na orientação dos usuários nas questões de reabilitação e também na prevenção, com isto, possibilitando sua recuperação em todos os sentidos, podendo até diminuir as filas.

Dependendo do tipo de doente, da situação de vida, alguns pacientes procuram a UBS, vendo-se como único recurso, isto é, um lugar seguro do qual o mesmo espera encontrar ajuda para aliviar os sintomas que lhes causam sofrimento, dor, ansiedade e desamparo, pois acreditam que por algum momento pode ser aliviado das pressões e conflitos do cotidiano.

O presente estudo mostrou a importância do psicólogo trabalhando dentro na UBS, na perspectiva do usuário, sendo que todos acham importante o trabalho do psicólogo, podendo facilitar e ajudar os sujeitos a adquirir uma visão integral do seu ser, bem como intensificar práticas preventivas e educativas para ajudar os usuários a compreenderem seus potenciais, para buscarem o equilíbrio e desenvolver uma atitude de vida saudável no contexto social em que estão inseridos.

A psicologia da saúde contribui com a melhora dos atendimentos, do tratamento e no controle de doenças, sendo um desafio tornar a sua prática percebível a saúde pública, como algo essencial para a permanência de um bem estar mental e do desenvolvimento adequado da saúde.

É necessário que as necessidades dos usuários sejam trabalhadas de maneira que se tenham resultados favoráveis no desenvolvimento das funções e papéis. Isso significa um trabalho interdisciplinar, mais ainda, que o psicólogo atue desmistificando o estereotipo de apenas profissional clinico que circunda sua profissão.

Também é necessário que jamais nos conformemos com a precariedade do número de profissionais de psicólogos trabalhando nas UBS, pois da indignação pode partir o crescimento, temos que buscar fazer ao menos aquilo que nos cabe, com dignidade, e lutar para o municipio ver que o psicólogo tem muito a contribuir para com o bem estar da sociedade.

É possível observar que os usuários buscam as instituições de saúde somente quando estão doentes, creio ser necessária uma mudança urgente nesse tipo de comportamento. Para que isso aconteça é necessário que ocorra um trabalho específico de intervenção interdisciplinar, sendo necessário que os profissionais que trabalham nas UBS mudem o tipo de atendimento (papel – caneta - farmácia), e tenham uma maior preocupação com a prevenção primaria. Isso não é uma tarefa fácil, nem de respostas imediatas.

Por fim como uma futura profissional da área da psicologia espero ter contribuído para com as necessidades dos usuários da UBS 24 horas, e que essas necessidades e crenças possam ser trabalhadas e de certa forma possa contribuir para com seu bem estar físico, psicológico e social daqueles que ainda dependem dos SUS.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000. p. 27-37

ALMEIDA, Eliane Carnot de. O psicólogo no hospital geral. **Psicologia Ciência e Profissão**. 2000, v.20, n.3, p.24-27. Disponível: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/11/2007

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **Psicologia Hospitalar: pioneiros e as pioneiras. O doente, a psicologia e o Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1991. p. 03-29.

_____. (Org.) **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática na clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000. 225 p

_____. (Org.). São Paulo: Pioneira 2004. p. 01-27. **Psicologia da Saúde no século XXI Contribuições Transformações e Abrangências**

ASSIS, M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos : reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.p.36-38.

AVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma: Uma apresentação**. Estudos de Psicologia. v. 13, n. 2, p. 47-58, 1996.

BEZERRA, B. Jr. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, M. D. B. (Orgs.). **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.p 133-169.

BRASIL. Coordenação Sub-Regional. Oficina Regional Latino-Americana da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para Saúde (UIPES). **Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde**, 1, 2005, Rio de Janeiro.

_____. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia ciência e profissão**. 2002, vol. 22, n.1, p.2-9. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/11/07

CHIATONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R.W. A ética em Psicologia Hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 113-140.

COLETA, M. F. D. O Modelo de crenças e, saúde (HBM): Uma análise de sua contribuição à Psicologia da Saúde. **Temas em Psicologia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 175-182, 1999. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/revista>. Acesso em: 02/02/08

DE MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15/11/07

DIMENSTEIN, M.D.B. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**. V. 3, n.1 p.53-58, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100004. Acesso em: 03/09/07

_____. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10/09/07

FRANCO, A.; MOTA, E. Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. **Psicologia Ciência Profissão**. v.23, n.3, p.50-59, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04/03/08

FREIRE, A. B.; GRANDINO, P.J. Atenção em rede: o psicólogo e a comunidade. **PSI - Revista de Psicologia Social e Institucional**. v. 1, n. 1, 1999. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/rede.htm>>. Acesso em: 20/11/07

GOMES, R; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03/04/08

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In.: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995. p.63-85

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992. 214 p.

LEITE, S. O Psicólogo e algumas práticas nos serviços públicos estaduais de saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**. V 12, n.1, 35-39, 1997

MIYAZAKI, M.Cristina O.S. et al. Psicologia da Saúde: Extensão de Serviços à Comunidade, ensino e pesquisa. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 29-53, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10/10/07

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais: Investigação em Psicologia Social**. (tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis Rio de Janeiro: vozes, 2003.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2 ed. Petropolis: Vozes, 2004. p. 21

NEGRI, B.; VIANA, Ana Luiza d'Avila (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, 2002. 632 p.

NOVAES, M. H. **Psicologia Aplicada à Reabilitação**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Organização Pan Americana de Saúde (1996). Promocion de la salud: una antologia. **Publicacion Cientifica**, 557. Washington, DC: OPAS.

Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002
http://www.academiabaropreto.com.br/portaria_2048_B.pdf>. Acesso em: 10/03/08

RAMMINGER, T. Psicologia Comunitária x Assistencialismo possibilidade e limites. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 21, n.1, p. 42-45, 2001. Disponível em: <
<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-98932001000100005&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 15/09/07

REY, F.G. Psicologia da Saúde: Desafios Atuais. **Psicologia Reflexão e Critica**. Porto Alegre. v. 10, n. 2, p.275-288, 1997. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721997000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05/03/08

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROTH, M. C. Atendimento Psicológico Domiciliar. In: organizador. (Org.). Novos Rumos da Psicologia. São Paulo: Ed. Pioneira, 2001.

SAMPAIO, E. **Saúde**. Ponta Grossa. UEPG. 2000, 126p.

SEBASTIANI, R.W. **Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa Perspectiva Latino-americana**, in ANGERAMI, V.A., Psicologia da Saúde: Um Novo Significado para a Prática Clínica”, pp. 201-222, São Paulo: Ed. Pioneira; 2000.

SEGRE. M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Publica**. São Paulo, v. 13, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000500016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05/11/07

SOUZA, R.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.3, p.515-523, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10/11/07

SPINK, M. J. P. Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: CAMPOS, F.C.B. (Org) **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, p.11-24, 1992.

_____. M. J. P. **Psicologia Social e Saúde: praticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

STROEBE, W; STROEBE, M. S. **Psicologia Social e Saúde**. Lisboa: Piaget, 1995.

TONETTO, A. N.; GOMES, W. B. A pratica do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007. Disponível em:< http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=pt&nrm=is&tlng=pt> Acesso em: 04/12/07

