

## La Psicología de la Salud en Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas públicas en el área de la salud

Sergio Seiji Aragaki<sup>1</sup>  
Universidade Federal do Tocantins (Brasil)

Mary Jane Spink<sup>2</sup>  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Brasil)

Jefferson de Souza Bernardes<sup>3</sup>  
Universidade Federal de Alagoas (Brasil)

Recibido: 01/03/2012

Revisado: 21/09/2012

Aceptado: 10/10/2012

### Resumen

En este artículo se trazan las conexiones entre la Psicología y la salud en Brasil, a partir del construccionismo social. Inicialmente, se da cuenta de los aportes de personas que, individualmente, contribuyeron a abrir espacios que, gradualmente, condujeron a la organización de asociaciones, revistas y cursos de formación en el área, marcando así la diversidad de enfoques y formas de actuación de la Psicología en el área de la salud. Seguidamente, se aborda el reconocimiento de la Psicología como profesión de la salud, a partir de la interlocución establecida entre el Consejo Federal de Psicología (CFP) y los órganos gubernamentales que legislan sobre las prácticas profesionales. Finalmente, se presenta la historia que condujo a la reorganización de la atención de la salud en Brasil, por medio del Sistema Único de Salud (SUS), y su impacto en la actuación, el mercado de trabajo y la formación en Psicología en el país. Todo ello, para concluir que la inserción de psicólogos y psicólogas en el área la Salud Pública viene aumentando y reconfigurándose como un importante campo de trabajo, en el que varios desafíos deben ser enfrentados para que los saberes y el quehacer de la Psicología de la Salud estén más articulados a las actuales necesidades de salud de la población y a los principios del SUS del día de hoy.

**Palabras clave.** Psicología Social, Sistema Único de Salud, Salud Pública, Brasil.

### Abstract

This article traces the connections between Psychology and health in Brazil, from a constructionist point of view. It focuses initially on pioneer efforts that opened up opportunities for psychological practices in health institutions, which led to the organization of associations, creation of journals and of specialization

<sup>1</sup> Doctor en Psicología Social. Profesor de pregrado de Medicina y de la Maestría en Ciencias de la Salud, de la Universidad Federal de Tocantins. Correspondencia: 109 Norte Av. NS 15, Alcno 14, UFT-Coordenação de Medicina – Bloco BALA – Palmas-TO - CEP 77001-090. Telf: 55-63-8415-3663. Correo electrónico: sergioaragaki@gmail.com

<sup>2</sup> Doctora en Psicología Social. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud, de la Pontifícia Universidad Católica de São Paulo (Pucsp), Brasil. Correspondencia: mjspink@pucsp.br

<sup>3</sup> Doctor en Psicología Social. Profesor de la Maestría en Psicología y de la Maestría de Educación en Salud, de la Universidad Federal de Alagoas – AL, Brasil. Correspondencia: jbernardes.ufal@gmail.com

courses that also set the scene for the diversity of approaches and psychological practices in the health arena. Subsequently, the recognition of Psychology as a health profession by professional and governmental bodies that regulate professional practices is discussed. The account then proceeds to focus on the reorganization of health services in Brazil—which led to the creation of the Unified Health System (SUS)—and its impact on the practices, work opportunities and training of psychologists. These events resulted in the increasing presence of psychologists in public health services, also, in that there are many challenges to be met in order to ensure that psychological knowledge and practices will be better articulated with the health needs of the population and to the SUS guiding principles.

**Key words.** Social Psychology, unified health system, public health, Brazil.

### Resumo

Este artigo traça conexões entre a Psicologia e a Saúde no Brasil, a partir da abordagem do Construcionismo Social. Inicialmente, situamos os esforços singulares das pessoas que abriram espaços e levaram à paulatina organização de associações, revistas e cursos de formação e que marcam, portanto, a diversidade de enfoques e formas de atuação da Psicologia na área da saúde. A seguir, abordamos o reconhecimento da Psicologia como profissão da saúde, a partir da interlocução entre o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os órgãos governamentais que legislam sobre as práticas profissionais. E, por fim, trazemos a história que leva à reorganização da atenção à saúde no Brasil—por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)—e seu impacto na atuação, no mercado de trabalho e na formação em Psicologia. A inserção de psicólogos e psicólogas na Saúde Pública vem crescendo e se configurando como importante campo de trabalho. Porém, vários desafios devem ser enfrentados, por exemplo os saberes e fazeres da Psicologia da Saúde sejam mais articulados às necessidades de saúde da população e aos princípios do SUS.

**Palavras chave.** Psicologia social, sistema único de saúde, saúde pública, Brasil.

### Introducción

*¿Desde dónde hablamos?*

La Psicología es una disciplina caracterizada por su diversidad temática y teórica, razón por la cual es necesario fijar la posición desde la cual se discute un tema particular; en este artículo, se partirá desde un enfoque de la Psicología Social, que por ser un campo de saber fronterizo entre las Ciencias Sociales y aquellos abordajes que buscan entender la singularidad de los procesos de subjetividad, tal vez sea el que mayor interlocución tenga con la perspectiva colectiva en el campo de la salud. Sin embargo, por ser la Psicología Social un campo heterogéneo y por existir también diferentes posturas críticas (Spink y Spink, 2007), es importante hacer notar, para evitar generalizaciones, que la lectura que se hará de la historia, evolución y estado actual de la Psicología de la Salud en Brasil, se encuadra en el construccionismo, con el que se busca entender la producción de sentidos en lo cotidiano.

Se concibe el proceso de producción de sentidos, como un espacio determinado por la

cultura y las estrategias de posicionamiento de las personas en ciertos contextos, donde, además de otras personas, se incluyen las relaciones de poder, las dinámicas institucionales y la aparatología tecnológica, entre muchos elementos más que conforman y dan vida a la complejidad que distingue a las relaciones sociales (Law y Mol, 2002). Esta particular concepción defiende que se haga una distinción entre Psicología de la Salud y Psicología Social de la Salud (Spink, 2011). En principio, los psicólogos sociales de la salud son investigadores y profesionales que no eluden la complejidad inherente a los fenómenos psicológicos y sociales en su interacción con los de la salud y la enfermedad, reconociendo tanto los micro procesos de producción de sentidos, como aquellos asuntos que se inscriben en el plano institucional y de políticas públicas. Desde el punto de vista de las prácticas, la postura crítica se compromete con los derechos sociales, vistos y analizados desde una óptica colectiva. Adicionalmente, se piensan los problemas de salud no sólo en lo que corresponde a la persona que los padece, sino también en las formas de enfermar y del acceso a los servicios, lo

que caracteriza diferentes inserciones sociales. En esta medida, se busca aliviar el sufrimiento y a la vez participar de las reflexiones acerca de los sentidos engendrados en esos procesos específicos de enfermar, para coproducir el empoderamiento junto a esas personas que apoyarán el enfrentamiento de las formas de sujeción a que son sometidas y, en ese contexto, contribuir a las transformaciones sociales tan necesarias hoy día.

Por esta razón, no se puede asumir la posición omnisciente de hablar de la Psicología de la Salud como un todo, y por esta misma razón, el presente escrito analizará sólo algunas conexiones entre la Psicología y la salud, que se desprenden de la inserción profesional en el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. Con esa intención se organizó el texto siguiendo las pistas históricas de su desarrollo, situando algunos datos sobre la inserción de los psicólogos en el SUS y abordando el estado del arte a partir de las políticas públicas en el área de la salud, en particular, aquéllas que revisten de especial relevancia para la práctica psicológica.

### *Un poco de historia*

Es posible hablar de la participación de la Psicología en el campo de la salud desde muchos puntos de vista. Aquí se opta por hacerlo a partir de tres tramas: la primera, la inserción de la Psicología, producto de los esfuerzos individuales de algunas personas que abrieron espacios y llevaron a la paulatina organización de asociaciones, revistas y cursos de formación, marcando así el surgimiento de una diversidad de enfoques y formas de actuación. Otra posible historiografía, es la que reconoce a la Psicología como una profesión de la salud, camino que nos lleva a la interlocución que se produce entre el Consejo Federal de Psicología (CFP) y los órganos gubernamentales que legislan sobre las prácticas profesionales, así como la difícil batalla que se libra en la actualidad entre varias profesiones y el campo hegemónico de la Medicina. Como tercera trama, está la historia que nos lleva a la reorganización de la atención de salud en Brasil, por medio del SUS, y su impacto en la actuación, el mercado de trabajo y la formación en Psicología.

### *De las incursiones individuales a la formalización del campo*

La inserción de los psicólogos en los servicios de salud se dio, primeramente, a través de los

servicios hospitalarios. En el caso de São Paulo, por ejemplo, se tiene la experiencia ampliamente registrada del Hospital de las Clínicas (HC) de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, la cual ha sido documentada en un artículo, autoría de Mathilde Neder, publicado en el primer número de la Revista de Psicología Hospitalaria del HC (Neder, 1992). En esta publicación se relata el proceso de institucionalización de la Psicología en el contexto del HC<sup>4</sup>, cuyos servicios fueron progresivamente reorganizados hasta quedar bajo la tutela y coordinación de las actividades de los psicólogos del Hospital de las Clínicas, creada en 1987. Desde su creación, se realizaron esfuerzos, espacialmente, focalizados de manera tal, que los propios avances del área acabaron por cristalizar diferencias. El encuentro de los psicólogos que actuaron en el área hospitalaria tuvo su inicio en la década de 1980, por iniciativa de la psicóloga Bellkiss Wilma Romano, quien organizó el primer encuentro nacional de dichos profesionales. Más tarde, a mediados de 1997, se sumaron las contribuciones de Marisa Decat de Moura, cuando fue creada la Sociedad Brasileña de Psicología Hospitalaria (Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 2010). Hacia finales de 2006, surgió la Asociación Brasileña de Psicología de la Salud (Associação Brasileira de Psicologia da Saúde, s.f.).

Esa aparente priorización de la actuación, en niveles de mayor complejidad, precisa ser entendida a la luz de la propia organización de los servicios de atención de salud, como se evidencia en la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Al respecto, hay que tener presente que la reorientación de los servicios de atención primaria tuvo lugar una vez se promulgó la Ley Orgánica de Salud de 1990, a partir de la fuerte discusión que se generó sobre el particular a partir de la Conferencia de Alma Ata realizada en Kazajstán, Rusia, a finales de la década del 70, del siglo pasado.

La historia de la Salud Pública, como mercado de trabajo para los psicólogos, fue documentada en diferentes momentos por el Sistema de Consejos de Psicología. Se incluyen en ese esfuerzo investigaciones sobre el perfil del psicólogo en el estado de São Paulo, publicada por el Sindicato de Psicólogos del mismo estado y el Consejo Regional de Psicología de la 6ª Región —CRP-06 (Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo/ Conselho Regional da Psicologia, 1984), la práctica

<sup>4</sup> La propia Mathilde Neder actuaba, desde 1957, en el servicio de rehabilitación del HC.

profesional, realizada por el Consejo Federal de Psicología (Conselho Federal de Psicologia, 1988); la inserción del psicólogo en las unidades básicas de salud, tal y como se consigna en un estudio realizado por el CRP-06 (Jackson y Cavallari, 1991), la compilación de textos sobre prácticas emergentes y desafíos para la formación (Conselho Federal de Psicologia, 1994), así como las estadísticas sobre formación, actuación profesional y mercado de trabajo, publicadas por el CRP-06 (Conselho Federal de Psicologia, 1995).

### *Reconocimiento de la Psicología como profesión de la salud*

Los procesos de institucionalización de las profesiones no se derivan necesariamente de consensos teóricos y metodológicos. Muchas veces, son las exigencias de la práctica y los sistemas de defensa de prerrogativas de prácticas, cuestiones que en Brasil son competencia de los Consejos Regionales y el Consejo Federal, mucho más que de las asociaciones científicas, las cuales sí definen los ámbitos del saber y del quehacer de una profesión.

De acuerdo con la más reciente Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO), establecida por Resolución Ministerial No. 397, del 9 de octubre de 2002, del Ministerio del Trabajo y Empleo de Brasil, los psicólogos se clasifican en las siguientes áreas de actuación: educacional, clínico, del deporte, hospitalario, jurídico, social, del tránsito, del trabajo, neuropsicología, psicoanálisis y psicología acupunturista (Ministério do Trabalho e Emprego, 2002). A pesar de su formal clasificación, éstas no cuentan con definiciones específicas para las ocupaciones de cada una, ni diferenciación entre cada una de esas categorías. Un ejemplo de ello, es que la CBO registra como sinónimos para el psicólogo clínico al psicoterapeuta, al psicólogo de la salud y al terapeuta.

Además, llama la atención el hecho de que las distinciones establecidas entre las atribuciones de las categorías más directamente ligadas al área de la salud, tales como la de clínico, hospitalario, neuropsicólogo, psicoanalista y acupunturista, exceptuando las relacionadas con el abordaje teórico o metodológico utilizado conforme consta en la CBO de 2002 (Ministério do Trabalho e Emprego, 2002), son prácticamente inexistentes y, cuando las hay, algunas son hasta cuestionables. Es interesante señalar que en la CBO 94, anterior a la vigente, no existía la denominación de Psicología

Hospitalaria. Mas aún, de acuerdo con la CBO 94, el psicólogo clínico era aquél que actuaba específicamente en el área de la salud (Conselho Federal de Psicologia, 2008).

Por otro lado, hoy en día, cada psicólogo formado puede solicitar, si así lo desea, el título de especialista en hasta dos áreas, entre las que actualmente se incluyen: Psicología Escolar/Educacional, Psicología Organizacional y del Trabajo, Psicología del Tránsito, Psicología Jurídica, Psicología del Deporte, Psicología Clínica, Psicología Hospitalaria, Psicopedagogía, Psicomotricidad, Psicología Social y Neuropsicología. El título profesional y su registro son concedidos, desde 2007, por el Consejo Federal en Psicología (CFP) mediante un concurso público de pruebas, títulos o conclusión de curso de especialización, acreditados por el Ministerio de Educación. Es importante destacar que en las definiciones de cada categoría están presentes atribuciones relacionadas explícitamente con el área de la salud, con excepción de la Psicología Escolar/Educacional y de la Psicopedagogía (Conselho Federal de Psicologia, 2007). No obstante, se podría afirmar que en todas ellas están presentes, de manera implícita o indirecta, asuntos que tienen que ver con la calidad de vida de las personas, si se toma el concepto de salud de forma amplia.

La clasificación de la Psicología como profesión de la salud es relevante por dos motivos: el primero, concierne al esfuerzo actual de cualificación de profesionales de la salud por medio de una serie de iniciativas que serán descritas en las políticas del área. El segundo motivo, deviene de las tensiones resultantes de una propuesta de jerarquización de las acciones en el campo de la salud, conocida como Acto Médico.<sup>5</sup>

### *La inserción de psicólogos y psicólogas en el SUS*

La promulgación de la Ley Orgánica de Salud en 1990, acto que crea el SUS, es un marco divisor en cuanto a la inserción de psicólogos y psicólogas en el área de la salud. La reorganización

<sup>5</sup> El Acto Médico, Proyecto de Ley No. 025/2002 (autoría del ex-senador Geraldo Althoff [PFL-SC, médico- pediatra] y actualmente bajo la relatoría de la Senadora Lúcia Vânia [PSDB-GO]), tiene por objetivo reglamentar la Resolución 1627/2001 del Consejo Federal de Medicina. En este se establece, entre otras cosas, que las actividades relacionadas con la salud, como diagnósticos o tratamientos, pasan a ser de exclusiva competencia del médico; quedan así subordinadas al médico varias profesiones del área de la salud.

del modelo vigente hasta entonces, comienza a priorizar la atención básica y crea nuevas opciones para la práctica profesional, transformándose en un campo de trabajo importante para profesionales de la Psicología. A ello se suma la Reforma Psiquiátrica que instituye los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y otros servicios, en sustitución de los hospitales psiquiátricos, en un esfuerzo por cualificar la atención prestada a las personas diagnosticadas con trastornos mentales, incluyendo a los usuarios de sustancias como alcohol y otras drogas.

Pero el SUS, con sus principios y directrices, impacta la forma de actuación, exigiendo de los psicólogos una visión menos orientada hacia la clínica individual y ambulatoria y, por consiguiente, más dirigida a la comprensión de los determinantes de la salud-enfermedad y la contextualización de las prácticas, considerando al ser humano en sus condiciones históricas, económicas, sociales y culturales.

#### *El SUS en el contexto histórico de la atención de salud en Brasil*

La atención de la salud en el ámbito público demoró un tiempo para organizarse en el país. Por muchos años, más bien siglos, tal atención era relegada a las Santas Casas o servicios voluntarios de variada naturaleza. La primera organización estatal de servicios de salud en Brasil data de 1923 (Ley Eloy Chaves) y trata, sobre todo, de la seguridad social para trabajadores de sectores organizados (las conocidas como "Cajas"), una estrategia gubernamental para minimizar potenciales conflictos con las clases trabajadoras. Tratándose de mecanismos de seguridad social, la atención médica, aunque era proporcionada, era un objetivo secundario.

Varias tentativas fueron realizadas para la unificación y reorganización de las "Cajas". Primeramente, por medio de un modelo vertical para cada sector de la producción (los institutos de jubilación o retiro y pensión) y, seguidamente, en 1966, por la unificación de la atención médica dentro del modelo del Instituto Nacional de Previsión y Salud, el INPS. Esa vinculación entre jubilación/retiro y salud abrió un espacio para la actuación de los psicólogos, sobre todo en la vertiente del psicodiagnóstico y la orientación vocacional para la reinserción profesional, en el caso de los accidentes de trabajo.

Desde entonces, se ensayaron varias reorganizaciones en la atención de la salud. En la década de 1970, por ejemplo, cuando se hizo obvia la ineficiencia del modelo curativo, tuvo lugar la expansión y consolidación de la asistencia médica individualizada, como componente dominante del sector salud. También se hizo notorio un crecimiento de la Salud Pública, que incorporó en su campo de prácticas médicas, a modalidades de atención individualizada, resultando en una revitalización del Ministerio de la Salud y de las Secretarías Estatales de Salud.

Al final de la misma década, ese modelo ya demostraba su inadecuación, según se advirtió a partir de la realidad sanitaria del país. De la misma forma, a partir de 1975, con la victoria en las elecciones del partido de oposición para la época, comenzaban a ser visibles las primeras señales de agotamiento del modelo económico de los gobiernos militares. Así, se iniciaron las crecientes movilizaciones que buscaban la democratización del país que, en lo que concierne a la reformulación del modelo de salud, encontraron un nicho importante en el *Movimiento Sanitario*, al involucrar a profesionales de la salud, intelectuales, organizaciones populares y miembros de la propia burocracia estatal.

En 1976, fue creado el Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes), que pasó a organizar publicaciones y realizar eventos que aglutinaban las discusiones sobre los modelos de salud que pudiesen dar respuesta a los problemas sanitarios del país. Un poco más tarde, en 1979, fue creada la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco), con el objetivo de ampliar el diálogo entre la comunidad científica, los servicios de salud, las organizaciones gubernamentales/no gubernamentales y la sociedad civil. Dicho diálogo estaba dirigido hacia la cualificación profesional para enfrentar las necesidades de salud de la población brasileña. La Abrasco produjo críticas al modelo asistencial y participó activamente en la constitución del SUS.

Este proceso, así como los crecientes cuestionamientos al modelo vigente de atención en salud, llevaron a una serie de medidas intermedias. En 1975, por ejemplo, fue promulgada la Ley No. 6229, con la que se creó el Sistema Nacional de Salud, definiéndolo como el complejo de servicios, del sector público y privado, dirigidos a las acciones de interés de la salud y abarcando acciones de promoción, protección y recuperación de la salud;

aunque se mantuvo la separación organizacional entre el Ministerio de la Salud y el de Previsión y Asistencia Social. Entre 1983 y 1984, fue formulado el Proyecto de Acciones Integradas de Salud, que adoptó los principios de universalización, descentralización e integración de los servicios de salud, estableciendo convenios entre La Unión, los estados y los municipios, con base en los ideales de conformar un sistema único y descentralizado. En 1986, se realizó la VIII Conferencia Nacional de Salud como resultado de un largo proceso de preparación y discusión sobre el tema de la salud, involucrando a profesionales del área, intelectuales, centrales de trabajadores, movimientos populares y partidos políticos. El informe final sirvió de insumo para que los diputados elaboraran el Artículo No. 196 de la Constitución Federal, relacionado con la salud.

Todo ello, dió como resultado que la Constitución de 1988 reconociera la salud como un derecho de todas las personas y un deber que debe cumplir el Estado; promoviera, incluso, la perspectiva de la organización descentralizada, posibilitando que los municipios elaboren políticas pertinentes que se ajusten a las realidades locales. El texto constitucional establece los principios básicos del SUS: acceso universal e igualitario a las acciones y servicios, atención integral, organización descentralizada y participación de la comunidad. Con base en el texto constitucional, en 1990 fue aprobada la Ley No. 8080 que dispone las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes (Casa Civil, 1990a).

Esos principios, articulados con las directrices de descentralización, regionalización, jerarquización, incremento del control social y participación popular, por medio de la Ley No. 8142 (Casa Civil, 1990b) constituyen una base doctrinaria y organizacional que impone, a los que se titulan profesionales de la salud, a pensar, entrar en contacto e involucrarse en la resolución de problemáticas tales como gestión del sistema, participación y autonomía de los usuarios y de los movimientos sociales, la formulación de políticas, acciones de salud y de derechos sociales, entre otros.

Con el objeto de alcanzar un continuo perfeccionamiento, se definieron políticas que contaron con la participación de psicólogos en su elaboración que, paralelamente, tuvieron impacto en las propias prácticas profesionales; este aspecto se aborda a continuación.

### *La inserción de los psicólogos en el SUS*

Varios factores confluyeron para que los servicios de salud se tornasen en opciones de trabajo viables para los psicólogos. La propia reconfiguración de la salud, incorporando determinantes sociales de la salud-enfermedad y aspectos subjetivos relacionados con la experiencia del bienestar, abrió un espacio para la actuación de carácter psicológico. La presencia de la Psicología en los hospitales ya estaba bastante consolidada cuando el SUS fue creado. Tal vez fue la priorización de la atención básica y, seguidamente, la definición de la Estrategia de Salud de la Familia como eje central de la atención de la salud, lo que parece haber tenido especial impacto en la apertura de la *mirada psicológica* de la salud.

Para entender la especificidad de la inserción de la Psicología en el SUS, en 2006, se condujo una investigación de doble entrada, por solicitud de la Asociación Brasileña de Enseñanza de la Psicología (ABEP). En un primer momento, se efectuó un análisis del Banco de Datos del Ministerio de la Salud, el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES), complementado con entrevistas a una muestra estratificada por estado y por tipo de establecimiento de salud, en donde se insertaban los psicólogos (véase Spink, Bernardes, Santos, y Gamba, 2007). El Banco de Datos del CNES es la principal base de información para el registro de establecimientos y profesionales vinculados a ellos y es utilizada para orientar el pago de los procedimientos a los establecimientos y profesionales. A pesar de los problemas encontrados, en cuanto a las informaciones del Catastro, este análisis permitió tener una visión de conjunto de la inserción y el tipo de actuación de 14.407 psicólogos, trabajadores de la red de Salud Pública vinculados al SUS, para la época en que fue realizada la investigación.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> No fueron encontradas investigaciones (posteriores a 2006) que presentaran el número de psicólogos y psicólogas del SUS. Sin embargo, en el levantamiento de datos del CNES (la misma fuente de la investigación anterior) realizado en el 2011, fueron identificados 46.488 profesionales *psicólogos* trabajando en la red de salud del país. En función de la forma como se dio el acceso a esta fuente, no se puede identificar el número de profesionales con más de un vínculo de trabajo dentro del sistema. Si mantenemos la misma proporción de profesionales con más de un vínculo de trabajo que en la investigación anterior, podemos afirmar que el número de profesionales psicólogos en la red de salud brasileña está próximo, actualmente, a los 40 mil. Según esto, se verifica un crecimiento, en cinco años, de aproximadamente 280% en el número de profesionales de la Psicología dentro del Sistema Único de Salud (Fuente: [http://cnes.de.latasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CBO.asp?VEstado=00&VMun](http://cnes.de.latasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp?VEstado=00&VMun)).

Vale la pena señalar que esos casi 15 mil psicólogos representaban el 11% del total registrado en los Consejos Regionales de Psicología. En la tabla 1, se presentan el número y porcentaje de establecimientos en los que trabajaban psicólogos, considerando incluso el tipo y nivel de complejidad del servicio: salud general, salud mental, programas especiales y demás servicios. Se evidencia en la misma tabla que los tres tipos de establecimientos

que concentraban el mayor número de psicólogos para esa época eran los Centros de Salud/ Unidades Básicas de Salud (39%), los Ambulatorios Especializados (12%) y los Centros de Atención Psicosocial/CAPS (11%). Había, incluso una proporción significativa de psicólogos actuando en consultorios que atendían a la clientela referida por el SUS.

Tabla 1  
Porcentaje de establecimientos con psicólogos por tipo de servicio

Tipo de servicio	Tipo de establecimiento	Número de establecimientos con psicólogos*	Porcentaje de establecimientos con psicólogos por tipo de servicio
Salud general	Centro de Salud/Unidad Básica de Salud	3626	39.35
	Ambulatorio Especializado	1140	12.37
	Hospital General	911	9.89
	Hospital Especializado	333	3.61
Salud mental	CAPS	1044	11.33
	Hospital Psiquiátrico	83	0.90
Programas especiales	PSF	449	4.87
	Sida/Hemoterapia	88	0.95
Otros	Escuelas/APAE	512	5.56
	Procedimientos/ Consultorio	531	5.76
	Procedimientos/Clínicas	307	3.33
	Regulación/Gestión	75	0.81
	Penitenciarias	116	1.26
<b>Totales</b>		<b>9215</b>	<b>100</b>

\* Fuente. Banco de Datos del Catastro Nacional de Establecimientos de Salud, 2006 (Spink et al., 2007).

Los datos de las entrevistas telefónicas, realizadas a una muestra de 342 psicólogos, rastrearon por su lugar de trabajo, tipo de vínculo dentro del SUS, actividades desarrolladas, tipos de actuación, principales demandas, formación recibida, principales fundamentos teóricos y metodológicos del trabajo realizado, reconocimiento del trabajo por parte de otros profesionales y por la población

atendida. La información recabada proporcionó insumos importantes para pensar la formación en los cursos de pregrado en Psicología, buscando una mayor efectividad en la inserción dentro del SUS y, sobre todo, una mayor afinidad con los principios y directrices del mismo.

Esos datos están siendo complementados por investigaciones realizadas por el Centro de

Referencia Técnica en Psicología y Políticas Públicas del Consejo Federal de Psicología (Crepop/CFP). Son investigaciones que cuentan con la participación voluntaria de psicólogos que tienen acceso a los cuestionarios online, disponibles en la página web del Crepop; además de que proporcionan información relevante para la comprensión de las formas de inserción y actuación en los servicios de salud. Así, destacaremos tres investigaciones realizadas desde 2008: la primera, con la participación de 240 psicólogos que trabajaban en la atención básica (recordando que en la investigación de 2006 era ese nivel de atención el que absorbía el mayor porcentaje de profesionales de la Psicología); la segunda, con 346 profesionales de servicios dirigidos a la atención del consumo de alcohol y drogas; y la tercera, con 472 psicólogos que se desempeñaban en hospitales (Conselho Federal de Psicologia, 2010).

En las tres investigaciones, la mayoría de profesionales actuaba en organizaciones públicas o filantrópicas (y sin fines de lucro) y, en gran medida, habían hecho especializaciones u otro tipo de formación de postgrado para tener acceso a la actuación en esas áreas, sin embargo, sorprendentemente, pocos conocían las principales políticas del área de la salud. Por ejemplo:

- Cerca del 50% de los psicólogos que actuaba en la atención básica conocía plenamente la Ley No. 8.080 (que crea el SUS) y la Ley de la Reforma Psiquiátrica. Asimismo, apenas el 15% afirmó conocer plenamente la Política Nacional de Atención Básica (Conselho Federal de Psicologia, 2008).
- Los psicólogos que actuaban en el área relacionada con el consumo de alcohol y otras drogas estaban más familiarizados con las políticas sectoriales: 41% conocía plenamente la Política Nacional sobre Drogas; 40% la Política de Atención Integral a Usuarios de Alcohol y otras Drogas, en tanto que 34% la Política Nacional de Salud Mental. Sin embargo, apenas 24% conocía plenamente la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Conselho Federal de Psicologia, 2008).
- Aproximadamente, la mitad de los psicólogos que actuaba en Servicios Hospitalarios del SUS conocía plenamente la Ley No. 8.080 (47%) y la Política "HumanizaSUS" (45%), pero pocos conocían el Plan Nacional de Salud y el Pacto

en Defensa del SUS (Conselho Federal de Psicologia, 2008).

De acuerdo a esta información, cabe preguntarse si la familiarización con las políticas sectoriales de salud debería ser objeto de formación de postgrado o si, como preconizan las actuales directrices de formación de las profesiones de la salud, esta tarea se le tendría que considerar en los cursos de pregrado.

### *El estado actual: transformaciones en las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas de salud*

Las transformaciones que vienen ocurriendo en la Salud Pública a partir de la formulación de nuevas Políticas de Salud, que son coherentes con el Artículo No. 196 de la Constitución Federal, exigieron también cambios en los saberes y en el quehacer en el campo de la salud. Teniendo como foco el ámbito de lo psicológico, se aborda, seguidamente, la inserción de la Psicología en la reorganización de los servicios de salud y la Política Nacional de Humanización.

### *La Psicología en la reorganización de los servicios de salud*

Las contribuciones de los psicólogos en la reconfiguración de los servicios de salud, proveniente de la Reforma Sanitaria, se dio principalmente a partir de dos tipos de inserciones: en los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) y en las Unidades de Salud Mental, como se detalla a continuación.

### *La atención básica y la estrategia Salud de la Familia*

Creada, en 1994, como un programa, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) tiene como objetivo la reorientación del modelo de atención en salud con el fortalecimiento de la atención básica, como puerta de entrada prioritaria de los usuarios al sistema de salud. Dentro de esta concepción, cada Unidad de Salud de la Familia es responsable por atender a toda la población de un territorio delimitado, realizando la promoción y protección de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades y daños. Para ello, cuenta con un equipo multiprofesional compuesto por lo menos de

un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de salud; también puede disponer de un odontólogo, un técnico de higiene dental y un auxiliar odontológico (Ministério da Saúde, 2006).

Con el fortalecimiento de la ESF, crece la importancia de los NASF. En ellos, los psicólogos realizan un apoyo que puede darse de diferentes modos: a) realizando la atención en conjunto con los profesionales de la ESF, con discusión de casos, compartiendo saberes y corresponsabilizándose por la atención de los usuarios; b) atención individual al usuario y/o a los integrantes de la familia, con posterior contrarreferencia para la ESF; y c) participación en reuniones del equipo de la ESF, colaborando en la discusión de situaciones y casos y en la elaboración de proyectos terapéuticos específicos para determinado usuario y/o su familia.

De ese modo, el trabajo de los psicólogos ha permitido una atención más integral para los usuarios y familiares adscritos a cada ESF, por la inclusión de las cuestiones psicológicas en el trabajo en salud. Por otro lado, el contacto y trabajo conjunto con trabajadores de otros campos disciplinarios ha contribuido a la ampliación del punto de vista de los profesionales de la Psicología al realizar su trabajo en salud.

### *Salud Mental: reforma psiquiátrica*

En Brasil, así como ocurrió en los Estados Unidos de Norteamérica y en algunos países de Europa, se inició un proceso de cuestionamiento y enfrentamiento de los sentidos atribuidos a los denominados "locos" y de los aparatos médico-asistenciales prestados, hasta entonces, a esas personas. Trabajadores de la salud, personas internadas, familiares, profesores, intelectuales, movimientos sociales y otros segmentos de la sociedad, inspirados por las contribuciones de Foucault y Goffman y de la Psiquiatría Democrática italiana, pasan a señalar las atrocidades cometidas por el modelo manicomial.

De acuerdo con Amarante (1995), el Movimiento de la Reforma Psiquiátrica brasileña tuvo su inicio entre los años 1978 y 1980. El marco inicial fue el paro de profesionales de la División Nacional de Salud Mental (Dinsam), órgano del Ministerio de la Salud existente para la época, debido a las condiciones precarias de su funcionamiento. Fueron varias las consecuencias de ello, se destaca entre ellas el surgimiento del Movimiento de los

Trabajadores en Salud Mental (MTSM), con el objetivo de constituirse en "un espacio de lucha no institucional, en un *locus* de debate y envío de propuestas de transformación de la asistencia psiquiátrica" (Amarante, 1995; p. 52). El Movimiento de la Reforma Psiquiátrica fue un complejo proceso de estrategias articuladas para la transformación del paradigma psiquiátrico, interviniendo en los ámbitos teórico, político, jurídico, cultural y social. Tuvo por finalidad cambiar la atención prestada a la salud de personas que eran diagnosticadas con los distintos trastornos mentales, afirmando y haciendo efectiva su ciudadanía y buscando transformar las relaciones que la sociedad tenía con la experiencia de la locura (Lancetti, 1989).

Muchos desafíos tuvieron que ser superados en relación con la Dinsam y la Asociación Brasileña de Psiquiatría (ABP), para que el MTSM pudiese realizar Encuentros Estatales de Salud Mental, hacia finales de la década de 1980. Debido a esa postura de combatividad y de afirmación de otras posibilidades de atención, se afirma que la Reforma Psiquiátrica brasileña se constituyó en el principal producto del Movimiento de los Trabajadores de la Salud Mental y del Movimiento de Lucha Antimanicomial, ambos inspirados en la experiencia italiana en Salud Mental antes referida. La Reforma, también estuvo directamente relacionada con el proceso de democratización de Brasil: la apertura política y la amnistía de los perseguidos por la dictadura militar, así como por el movimiento "Directas Ya", es decir, por el voto directo para la elección de Presidente de la República.

En 1986, en el marco de la VIII Conferencia Nacional de Salud fue aprobada la implementación de la Reforma Sanitaria brasileña que creó las bases para la construcción del SUS y derivada de ello, al año siguiente, fue realizada la I Conferencia Nacional de Salud Mental. La Reforma Psiquiátrica se va instituyendo y consolidando paralelamente a la creación del SUS. Por ello, es importante destacar que muchas de las necesidades señaladas en los informes de los Encuentros Estatales de Salud Mental coadyuvaban con la formulación de lo que serían los principios del SUS: necesidad de regionalización, jerarquización, integración inter e intrainstitucional y participación popular. Además, ya se advertía sobre la necesidad de la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos, con la creación de otros dispositivos extra-hospitalarios y camas para pacientes psiquiátricos en hospitales generales (Amarante, 1995).

Diversos eventos contribuyeron a la desinstitucionalización de la locura. Entre los más relevantes destacan: la realización del II Congreso Nacional de Trabajadores de la Salud Mental; la intervención y cierre definitivo de la Casa de Salud Anchieta, en 1994, y de un hospital psiquiátrico localizado en la ciudad de Santos-SP, debido a la pésima asistencia y a las atrocidades que ocurrían allí, incluyendo algunas muertes y, finalmente, la aprobación de la Ley No. 10.216, en 2001, autoría del diputado Paulo Delgado, que reorientó la Política Nacional de Salud Mental (Presidência da República/Casa Civil, 2001).

Nuevos servicios, recursos y opciones terapéuticas fueron creados con el fin de ampliar e integrar diversas posibilidades de atención, propiciando y construyendo la atención psicosocial en nuestro país. Actualmente, disponemos de los siguientes servicios: Centros de Atención Psicosocial (CAPS), Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), Centros de Convivencia y Cultura (Cecco) y espacios hospitalarios de atención integral. Esos servicios deben estar articulados en red, teniendo como referencia la *Estrategia de Salud de la Familia* de cada territorio de salud.

Los CAPS son servicios de puertas abiertas que prestan atención diaria a personas con trastornos mentales severos y persistentes, contando con un equipo mínimo compuesto por al menos un psiquiatra, un enfermero, un psicólogo y un trabajador social. Son diferenciados por tipos de usuarios, ya sean niños y adolescentes, adultos, consumidores de alcohol y otras drogas, por el tamaño de la población y por el horario de funcionamiento (diurno o las 24 horas). Los Ceccos están abiertos a toda la población, preferiblemente, a personas en situación de riesgo personal y social, propiciando el aprendizaje y el involucramiento en acciones educativas, culturales y sociales.

Por su parte, los SRT están localizados en la comunidad donde viven las personas con trastornos mentales graves y sin vínculos familiares, que son acompañadas por los servicios de salud de la red extra-hospitalaria. No se caracterizan como servicios de salud, sino como espacios para la convivencia y la provisión de habitación, que posibilitan la construcción y fortalecimiento de lazos afectivos y sociales. Los servicios de atención integral propician la hospitalización de corta duración en casos necesarios, contando con el cuidado de un equipo multiprofesional e interdisciplinario, que están presentes en hospitales

generales y en CAPS III, los cuales funcionan 24 horas. Por su parte, el Programa De Vuelta a Casa ofrece un auxilio financiero destinado a la asistencia, acompañamiento y rehabilitación psicosocial para pacientes dados de alta por largas hospitalizaciones en hospitales psiquiátricos, aumentando la posibilidad de su reinserción en el grupo familiar, con la reconstrucción y fortalecimiento de los lazos afectivos entre el paciente dado de alta y los demás miembros de la familia.

La presencia y participación activa de los psicólogos en los CAPS y Ceccos, en servicios de enfermería de salud mental de hospitales generales y ambulatorios de salud mental está garantizada, pues forman parte del equipo mínimo en esta área. También se encuentran en algunos puestos de salud, así como en otros servicios de enfermería y sectores hospitalarios, e incluso en algunos hospitales que aún existen en el país. Colaboran, por tanto, dando apoyo profesional a los Programas de Vuelta a Casa y de Residencias Terapéuticas, así como prestando apoyo en las Unidades de Salud de la Familia, como miembros de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), conforme fue dicho anteriormente.

Hay que recordar que las actividades de los psicólogos en el área de la salud mental están enmarcadas en los principios del SUS. Por tanto, es fundamental que trabajen con la noción ampliada de salud, produciéndose, de esta manera, una práctica clínica en esa misma concepción. El trabajo en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios, la producción y fortalecimiento de las redes de salud, así como la intersectorialidad, componen en conjunto las prácticas psicológicas en el actual momento en el área de la salud mental. Se busca así superar un desafío más, que es la escisión que persiste entre la salud mental y la salud pública, tal como ha sido señalado por Spink y Matta (2007).

### *La Política Nacional de Humanización en Salud*

La creación del SUS y la garantía de participación y control social en salud, conquistas históricas en el campo de la Salud Pública brasileña, no fueron por sí solos suficientes para producir el cambio efectivo en las prácticas de salud. En efecto, de acuerdo con el informe "Prácticas Profesionales de Psicólogos y Psicólogas en la Atención Básica de Salud"<sup>7</sup>, existen

<sup>7</sup> Organizado por el Centro de Referencia Técnica en Psicología y Políticas Públicas (Crepop), del Consejo Federal de Psicología (CFP), elaborado por el equipo de investigadores del Centro de Estudios en Administración Pública y Gobierno de la Fundación Getulio Vargas,

muchas quejas por el exceso de casos atendidos, la falta de salas con buen aislamiento acústico, largas filas de espera, baja adhesión a los tratamientos, exigencia de productividad, trabajo solitario y falta de reconocimiento del mismo, tanto por parte de los usuarios como por los profesionales de otras áreas (Conselho Federal de Psicologia, 2010). A pesar de que el informe se basó en una investigación relacionada con la atención básica, se sabe que las mismas dificultades y reclamos han sido hechos por los psicólogos que actúan en otros niveles de atención.

Para intentar subsanar dichos problemas, esos trabajadores han defendido arduamente la humanización de las prácticas en salud junto con profesionales de otras áreas del saber, toda vez que esas dificultades no son exclusivas de la Psicología. Es importante tener claro que la humanización es algo polisémico, es decir, varios son los sentidos atribuidos a la humanización en salud y, consecuentemente, diversas y hasta divergentes pueden ser las prácticas realizadas a su favor. Una posibilidad de entendimiento de lo que es la humanización de la salud es la exigencia de una buena atención para el trabajador de la salud, quien debe sonreír, ser amable y atento. También deben ser realizadas las celebraciones de fechas (tales como cumpleaños, Día de la Mujer, Día del Niño, etcétera) y la pintura de paredes con colores considerados más adecuados, con la colocación de cuadros, grabados y plantas que *humanicen* más los espacios. Así, los profesionales serían *humanizados* por prestar una buena atención y los lugares lo serían por estar más limpios, bonitos y acogedores. Las afirmaciones se basan en las prácticas existentes en unidades de salud, en los diferentes niveles de atención, esparcidas por el país, basadas en la noción del *buen humano*, como se puede ver, por ejemplo, en Leclainche (1962), Pessini y Bertachini (2004) y Louzada, Stang y Calabrez (2008).

Otras posibilidades de entendimiento son propuestas por el Ministerio de la Salud de Brasil, las cuales brindan reflexiones y contribuciones basadas en las políticas, programas y acciones gubernamentales, como el Programa Nacional de Humanización de la Atención Hospitalaria (Pnhah), creado en 2001; la Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del SUS (PNH o HumanizaSUS), de 2003, y la Política de

Cualificación de la Atención a la Salud del Sistema Único de Salud (QualiSUS) de 2004.

Es cierto que los cambios derivados del Pnhah (mejoras en la atención hospitalaria) y del QualiSUS (implantación del Servicio de Atención Móvil de Emergencias-SAMU, compra de equipos, reformas de ambientes, Plan de Cualificación de las Maternidades de la Red Perinatal y Red Cigüeña, entre otras), se tradujeron en beneficios para los usuarios y los trabajadores de la salud, incluyéndose allí a los psicólogos. Sin embargo, persisten muchos retos para que los profesionales de la Psicología se ajusten a lo exigido por las necesidades de salud de la población. Ellos frecuentemente trabajan en equipos multidisciplinarios que no planifican y ejecutan las actividades dentro de una propuesta terapéutica compartida y común. También, se mantiene una formación dirigida al ejercicio de una atención clínica privada e individual que prioriza las cuestiones psicológicas, en detrimento de los contextos socio-sanitarios en los que las personas viven y que no respeta, por tanto, el principio de la integralidad (Bernardes, 2007; Spink y Matta, 2007).

En la tentativa de resolver tales problemas, en 2003 el Ministerio de la Salud extinguió el Pnhah y creó la Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del SUS-PNH, también conocida como HumanizaSUS. Sus objetivos principales son ampliar el acceso a los servicios y los bienes de salud, posibilitando el tener en cuenta todo lo vinculado con las cuestiones de salud de los usuarios y su familiares, considerando los deseos, necesidades y el contexto sociocultural de la comunidad; se incluyen, también, cuestiones subjetivas y sociales, así como la identificación y utilización de los recursos sanitarios disponibles con la valorización del trabajo y del trabajador de la salud (Ministério da Saúde, 2008). Para el Ministerio de la Salud es importante considerar la humanización de forma más amplia. En ella están involucrados factores políticos, económicos, sociales, culturales, organizacionales y educativos. Implica la relación entre el profesional de la salud y los consultantes, e incluso familiares de forma bidireccional y las interacciones que establece el profesional de la salud con sus compañeros de trabajo y con los directivos, también de diferentes vías. Aunque las celebraciones de fechas y la decoración contribuyen a espacios más humanizados, no se debe limitar a esos aspectos y minimizar la condición de humanidad y dignidad

a partir de la investigación nacional realizada entre septiembre y diciembre de 2008 (publicada en 2010 y disponible en el sitio web del CFP/Crepop).

en las interacciones, así como la calidad y calidez del servicio (interno y externo).

Los principios que orientan la PNH son la no disociación entre los modos de gestión y la producción de la salud, la transversalidad y el protagonismo y autonomía de todos los involucrados en ese proceso. La no disociación se refiere a la comprensión de que no es posible separar lo que se produce en salud de las maneras en que ella es producida, es decir, cada trabajador al hacer salud hace gestión de su proceso de trabajo. También, se afirma que no es posible disociar clínica de política, esto es, al ejercer la clínica se están creando maneras de existir, de relacionarse. Con ese principio, se reafirma la construcción activa de la realidad en que vivimos, que es contingente en relación con las posibilidades humanas y las materialidades en contextos históricos y sociales determinados.

Por su parte, la transversalidad nos remite al análisis institucional y a las contribuciones de Guatarri (2004), proponiendo un cambio en las relaciones entre gestores, trabajadores y usuarios, además de propiciar una mejora en la calidad y en la cantidad de la comunicación entre ellos. Propicia relaciones de poder menos rígidas y jerarquizadas, debilitando las fronteras disciplinarias, abriendo espacios para que se dé la inter y la transdisciplinariedad, así como nuevas experiencias o movimientos instituyentes en la producción del trabajo en salud. El último principio de la PNH se refiere al incentivo, fortalecimiento y respeto al protagonismo y la autonomía de las personas. Así, tal y como lo entendemos, se reconoce que la salud es una co-producción que se construye en la corresponsabilidad de los diversos actores.

Para que el HumanizaSUS sea efectivo se adopta el *método de la triple inclusión*, donde se toman en consideración: todas las personas, por medio de círculos de conversaciones, grupos y colectivos, los cuales fomentan la creación y el fortalecimiento de redes, incorporando la contribución de los diferentes movimientos y asociaciones (de usuarios, de trabajadores, de barrios, de los sin tierra, etcétera) y analistas sociales, que hacen referencia a conflictos que denuncian problemas tales como relaciones de poder autoritarias, necesidades de los usuarios o de los trabajadores que no son reconocidos y la no resolución de los problemas de salud. La PNH se orienta a que se traigan esas dificultades para el diálogo, haciendo posibles las discusiones aclaratorias y mostrando el camino para su resolución. Se trata de un método potente

para lidiar con la diversidad de cualquier tipo, que permite, entre otras cosas, el respeto a las diferencias, dando paso así a la equidad.

Su Política de Humanización se basa en las siguientes directrices: Atención, Gestión Participativa y Cogestión, Clínica Ampliada, Valorización del Trabajo y del Trabajador de la Salud, Defensa de los Derechos de los Usuarios, Fomento de la Grupalidad, Redes y Colectivos y “Memória do SUS que dá certo” (Memoria del SUS que funciona). Cada una de estas directrices se hace efectiva por medio de dispositivos, es decir, “un arreglo de elementos, que pueden ser concretos (...) y/o materiales (...) mediante el cual se hace funcionar, se cataliza o se potencializa un proceso” (Ministério da Saúde, 2008, p. 57). A continuación, se abordarán dos de sus directrices (y los dispositivos directamente asociados): la Clínica Ampliada y Compartida y la Valorización del Trabajo y del Trabajador de la Salud, toda vez que ellas intervienen directamente en las prácticas psicológicas. Sin embargo, cabe mencionar que todas las directrices y dispositivos se interrelacionan, teniendo impacto en el trabajo de los psicólogos y demás profesionales, siendo las dos primeras las más relevantes para el objetivo de este trabajo.

### *Clínica ampliada y compartida*

Uno de los soportes de la directriz Clínica Ampliada y Compartida es la salud entendida de manera amplia, en la que se consideran los aspectos biológicos, psicológicos, históricos, ambientales, sociales y culturales de la vida humana, que son al mismo tiempo productores y productos de diversos determinantes de salud. El trabajo en salud deja de ser reducido, fragmentado o sometido a los intereses corporativistas de la profesión o institución (Clínica Degradada), para ir más allá del sólo diagnóstico de enfermedades y la prescripción de tratamientos (Clínica Oficial), ampliando el enfoque y considerando, además, las prácticas de promoción, protección y rehabilitación de la salud (Campos, 2003). Es la salud entendida como calidad de vida y capacidad de creación de otras normas (Canguilhem, 2009), superando un reto más para la Psicología: el reduccionismo de la noción de individuo como un ser a-histórico, analizado fuera de su contexto social (Spink y Matta, 2007).

Esa directriz propone la construcción de diagnósticos y terapéuticas con la participación y corresponsabilidad de todos los profesionales

que atienden a determinada persona o su familia, incluyéndolos en las discusiones de los casos. Éstas pueden ser operacionalizadas por medio de la construcción colectiva del Proyecto Terapéutico Singular para cada usuario o su familia, quienes colaboran activamente en la toma de decisiones. Para la consecución de esa directriz, son propuestos otros dos dispositivos: el Equipo de Referencia y el de Apoyo Matricial. El primero, se refiere a un grupo de profesionales de diferentes saberes y especialidades de la unidad de salud que sirven de referencia para el usuario, destacando uno de ellos como principal interlocutor. El apoyo matricial, a su vez, es una forma de organizar y ampliar la oferta de acciones de salud, por medio de la actuación de un profesional especialista que comparte su saber con otros profesionales, equipos, sectores o instituciones, que así lo soliciten. El personal de apoyo matricial realiza funciones que, en general, se le atribuyen al orientador o supervisor, pero se diferencia de éstos porque participa activamente en los proyectos terapéuticos y porque establece relaciones de saber y poder no verticalizadas, corresponsabilizándose por la solución de los problemas de que se trate.

A partir de la directriz *Clínica Ampliada y Compartida*, los psicólogos amplían su trabajo en salud, haciéndolo más integral en su actividad clínica y, también, colaborando como agentes de apoyo matricial. Esto posibilita el ejercicio de la inter o transdisciplinaridad y la intersectorialidad, de manera que potencia la producción de vida de todos los implicados en ella. Permite, además, el enfrentamiento y la superación de otros desafíos de la Psicología dentro del SUS: el rompimiento con la formación fragmentada y reducida a las cuestiones mentales y de consultorio, así como “la posibilidad de abrirnos al diálogo con todos los interesados por la Psicología [...] considerándose la complejidad de lo que llamamos realidad social” (Bernardes, 2007, pp. 122-123).

### *Valorización del Trabajo y del Trabajador de la Salud*

El HumanizaSUS ha afirmado que muchas de las quejas hechas por los trabajadores de la salud, tales como consultas saturadas, filas de espera inmensas e imposibilidad de alcanzar la productividad esperada, son el producto de la manera en la que ha sido organizado y realizado el trabajo dentro del campo. Consecuentemente, ese

trabajo ha producido profesionales desanimados, descontentos y que no encuentran satisfacción al momento de desempeñar sus funciones, resultando en un aumento significativo de enfermedades debidas al trabajo (Santos Filho y Barros, 2009).

De acuerdo con la directriz Valorización del Trabajo y del Trabajador de la Salud, es importante reconocer que ese trabajo se hace, principalmente, por medio de las conocidas como tecnologías blandas, del encuentro o la relación entre personas, conforme señala Merhy (2000), de modo que espacios que posibiliten reuniones, discusiones, intercambios y construcción de saberes compartidos y corresponsables se tornan imprescindibles. Es en este contexto donde fue propuesto el Programa de Formación de Salud y Trabajo (PFST) y la conformación del Grupo de Trabajo de Humanización (GTH). Estos son dispositivos dirigidos al análisis del proceso de trabajo en salud, planificando, realizando seguimiento y evaluaciones continuas, en busca de la transformación por medio del diálogo, de los pactos y la responsabilidad compartida, con base en los principios del análisis institucional.

Es así como las reuniones del equipo pasan a ser espacios potenciales para el análisis de los procesos de trabajo: con el establecimiento de metas, la distribución y asunción de actividades y corresponsabilidades, permitiendo y explicitando los cambios que son necesarios en los modos de supervisar y realizar las actividades tendientes al cuidado de la salud, incluyéndose no sólo abordajes y planes terapéuticos, sino también cuestiones administrativas, institucionales o interinstitucionales. Esos momentos colectivos pueden agregar valor al trabajo en salud y a sus profesionales, no solamente reconociendo su importancia, sino también haciendo que los trabajadores sean co-gestores de su propio proceso de trabajo, disminuyendo la alienación y la sujeción y, de esta manera, la enfermedad (Santos Filho y Barros, 2009). Es una directriz que trae a la escena y reconoce la importancia de las cuestiones psicosociales en la conformación de la realidad en salud, colocándolas en el mismo nivel que las demás. Esto permite, por tanto, un análisis profundo y continuo de los saberes y modos de trabajar de los psicólogos y otros profesionales en el ámbito de la salud.

En resumen, la Política Nacional de Humanización brinda contribuciones que se enmarcan en un compromiso ético-político, que

no sólo evalúa, sino también propone e interviene para un cambio en los procesos de trabajo en salud, propiciando un mejor direccionamiento de los saberes y de las prácticas de las diferentes profesiones relacionadas con el SUS.

### *Pensando el futuro: la formación de psicólogas y psicólogos en el SUS*

La profesión del psicólogo en Brasil fue reglamentada por la Ley No. 4119, de 1962. Conjuntamente, con la reglamentación de la profesión, fue aprobado el Dictamen No. 403/62 y la respectiva Resolución del Consejo Federal de Educación, que estableció el currículo mínimo para los cursos de Psicología. Este currículo se definió como una lista de temas indispensables para la formación del psicólogo; incluía siete áreas, en las que se podían escoger, libremente, tres cursos de una lista paralela de cinco. Concretamente, el currículo se componía de 10 disciplinas, que podrían subdividirse en tantas asignaturas o unidades curriculares que fuesen definidas como necesarias para la coherencia e integralidad del currículo.

Este currículo mínimo se sustenta en una concepción formativa tradicional, con énfasis en los contenidos, que es tecnicista y descontextualizada de la historia y de las políticas del país. Vale destacar que el currículo mínimo no fue exclusivo de la formación en Psicología, sino que impactó todos los cursos brasileños de pregrado.

En lo que se refiere a la salud, los cursos de pregrado poseían, como marca, el enfoque biomédico hegemónico, tecnicista, descontextualizado, orientados para un perfil formativo de profesional liberal, autónomo, de relación dual y que atendiese a las expectativas del mercado. Los cursos superiores brasileños se orientaron, por décadas, a la privatización de la salud; tal proceso ocurrió también con los cursos de Psicología. El perfil formativo del psicólogo brasileño fue y, aún está, marcado, predominantemente, por un tipo de profesional orientado a la clínica, de relación dual, aséptica y privada. Este modelo se replicó para otros campos de actuación diferentes al clínico, como la escuela, el trabajo, las comunidades, los hospitales, etcétera. Uno de los efectos de este proceso histórico fue el gran distanciamiento de los cursos de salud, en especial, de la Psicología respecto a las necesidades de salud de la población.

Ahora bien, en 1996 fue aprobada por el Congreso Nacional la Nueva Ley de Directrices y Bases de la Educación, LDB (Presidência da República, 1996). La nueva LDB sentó las bases para las reformas curriculares de los cursos, por medio de las llamadas Directrices Nacionales Curriculares (DCN), ya no orientadas por el currículo mínimo, sino por diversas competencias y habilidades, que en el caso de la Psicología fueron homologadas a mediados de la década del 2000 (Ministério da Educação, 2004).

Es importante destacar que los cursos del área de la salud poseen las mismas competencias y habilidades generales: atención a la salud, toma de decisiones, comunicación, liderazgo, administración y gerenciamiento y educación permanente.

Las DCN de la Psicología presentan, en líneas generales, la formación generalista para el psicólogo, enmarcadas en competencias y habilidades generales, en un currículo constituido por dos módulos (núcleo común y énfasis curriculares), atravesados por ejes estructurales. Aunque presente competencias vinculadas a la salud, no se establecen relaciones directas con la Salud Pública o con el SUS. A pesar de los avances, existe aún en las Directrices Curriculares de la Psicología ciertas dificultades para romper con modelos tradicionales de enseñanza, que se enmarcan en una lista de asignaturas ordenadas por una malla curricular.

No obstante, a partir de las nuevas directrices curriculares, los cursos de Psicología en el país comenzaron a ser reformulados, aunque el distanciamiento de las necesidades de salud de la población aún es grande entre los cursos. Este movimiento de reformulación no es exclusivo de la Psicología. En la tentativa por superar dicho distanciamiento, algunas políticas gubernamentales inductoras fueron desarrolladas, buscando modificaciones en los cursos de pregrado en el área de la salud, así como modificaciones en las prácticas profesionales en los propios establecimientos, principalmente, en las Unidades Básicas de Salud, donde el foco de la atención primaria es el principal orientador de las acciones.

Desde la década de 1980 se vienen emprendiendo acciones para aproximar las universidades (enseñanza e investigación) a los servicios (asistencia) y a la comunidad (saberes populares). Como ejemplos, la Política de Integración Docente-Asistencial (IDA), definida como:

La conjunción de esfuerzos en creciente proceso de articulación entre la institución educativa y los servicios de salud, orientados hacia las necesidades de salud de la población, a la producción de conocimientos y a la formación de personas necesarias en el contexto de las prácticas, servicios de salud y la enseñanza. (Duarte, 1990, p. 52. Traducción libre).

La Política de Integración Enseñanza-Servicio-Comunidad (IESC), a su vez, amplía el ámbito de la actuación, englobando los saberes populares en las relaciones entre la academia y la asistencia de salud, además de operar en planificaciones y acciones estructurales e incluso institucionales, que no ocurrían en el programa anterior. Hoy se tiene la Política de Integración Enseñanza-Trabajo-Ciudadanía (IETC), definida como el espacio en el que operan nuevas e importantes ampliaciones:

(...) cambiar la palabra servicio por trabajo se sustenta en la concepción de que los cuidados no se producen exclusivamente en los servicios de salud. (...) El cambio de comunidad por ciudadanía, también maneja una ampliación de significados – además de participación popular, que empieza a orientarse hacia el control social, especialmente en el contexto del Sistema de Salud. Destácase todavía, que la IETC, en el ámbito de la enseñanza, incorpora el protagonismo estudiantil, la docencia y la investigación. (Tanji, Silva, Albuquerque, Viana y Santos, 2010, p. 484. Traducción libre)

A partir del 2001, la importante alianza entre los Ministerios de Salud y Educación trajo consigo que se diseñaran acciones para favorecer mejoras en la formación de los docentes, de los profesionales de la red de salud y en los propios estudiantes. Un ejemplo de este tipo de alianza fue el Programa de Incentivos a los Cambios Curriculares (Promed), inicialmente orientado a las reformas curriculares de cursos de Medicina.

En 2005, la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud (Sgtes), vinculada con el Ministerio de Salud, definió la Política Nacional de Educación Permanente (PNEP), orientada a los cambios en las prácticas de los servicios y en las

matrices curriculares de los cursos de pregrado en salud. Pretendía, en particular, superar el modelo hegemónico de cuidado (curativo y biomédico), posibilitando el desarrollo de nuevas tecnologías en salud a partir de las relaciones con el trabajo cotidiano y las necesidades locales de salud de la población (Ministério da Saúde, 2009).

La Política Nacional de Educación Permanente (PNEP) parte, actualmente, de la estrategia de integración enseñanza-servicio para redireccionar el modelo formativo brasileño, incorporando en sus programas y acciones directrices tales como la participación popular (por medio del control social) y la gestión democrática de la política (descentralización), provocando modificaciones en los procesos de organización del trabajo, en lo cotidiano de los servicios de salud y en las propias prácticas formativas de los cursos de pregrado.

En esta perspectiva de integración enseñanza-servicio, varias son las acciones y los programas desarrollados en alianza con las instituciones de enseñanza superior y las Secretarías de Salud de los municipios involucrados. Existen actualmente, entre otros: el Pro-Salud, el PET-Salud, el Pro-Residencias (Residencias Médicas, Multiprofesionales y en el Área Profesional de la Salud), la Universidad Abierta del SUS (cursos de especialización para profesionales de los Equipos de Salud de la Familia y Gestores de Salud), el Telesalud Brasil (uso de las tecnologías de informática, telecomunicaciones y electrónica para integrar los equipos de Salud de la Familia por todo el país), el Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores del área de Enfermería (Profae), el Programa de Formación de Profesionales de Nivel Medio para la Salud (Profaps), la Red Observatorio de Recursos Humanos en Salud (que produce estudios e investigaciones sobre el área de recursos humanos en salud) y el Programa Nacional de Desprecarización del Trabajo en el SUS (DesprecarizaSUS). De una forma o de otra, la Psicología está involucrada en buena parte de estos programas, dos de ellos, de suma relevancia para el objetivo de este trabajo: el Pro-Salud y el PET-Salud.

En este orden de ideas, el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional [Pro-Salud] (Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2011a), fue lanzado, en 2005, inicialmente para los cursos de Enfermería, Medicina y Odontología. En 2007, fue ampliado para todos los cursos de la salud. Su principal objetivo fue reformular la

formación de pregrado en salud, en cuanto a las necesidades de la atención básica en Brasil, por medio de la Estrategia de Salud de la Familia (Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2011a). Éste necesita ser realizado en Unidades Básicas de Salud que trabajen con la Estrategia de Salud de la Familia. El Pro-Salud está orientado al financiamiento de proyectos de capacitación de los trabajadores, estudiantes y usuarios de la red de salud, infraestructura y adaptaciones de espacios destinados a la atención básica. En este año, se reportan 22 cursos de Psicología en todo Brasil, involucrados con el programa Pro-Salud.

Por su parte, el Programa de Educación por el Trabajo en Salud [PET-Salud] (Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2011b) fue creado, en 2007, teniendo como principio la valorización de la educación por el trabajo, por medio de la integración enseñanza-servicio-comunidad. En 2011, fueron constituidos 709 grupos vinculados al PET-Salud, con más de 20 mil participantes (tutores, prefectos y estudiantes) en todo el país (Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2011b). Posee tres modalidades de organización y direccionamiento: PET-Salud/Salud de la Familia, PET-Salud/Salud Mental y PET-Salud/Vigilancia en Salud. Para 2011, existían 78 cursos de Psicología, involucrados directamente con el PET-Salud (39 con PET-Salud/Salud de la Familia y 49 con el PET-Salud/Salud Mental. El PET-Salud/Vigilancia en Salud no posee la misma organización por cursos como los anteriores, sin embargo, en éste participan profesores, profesionales y estudiantes de Psicología.

Al día de hoy, son muchos los cursos de Psicología involucrados en estos programas con potencial para el desarrollo de cambios sustanciales en la formación en Psicología y en las prácticas profesionales, en el ámbito de la salud; pero, más allá de la introducción de programas orientadores de cambios en la formación y en la práctica profesional, es necesario que sean articulados cambios en las micro políticas cotidianas de las instituciones de educación superior y al interior de las unidades de salud que componen la red de atención a la población. En este sentido, diversas acciones de los programas tanto externas como internas son desarrolladas, involucrando reflexiones de principios, formas de organización curriculares, prácticas profesionales, metodologías participativas y críticas a los cambios, etcétera.

### *Consideraciones finales*

Al momento de reconocer la lucha por proyectos políticos y científicos al interior de las universidades y agencias de fomento, no es difícil identificar el primer gran desafío que la Psicología y los psicólogos enfrentan, a partir de su historia y complejidad de teorías, prácticas e ideologías, para construir saberes y prácticas más sintonizadas con las necesidades de salud de la población y los valores e ideales del SUS.

La formación de nuevos profesionales para actuar en el SUS, así como el cambio de las prácticas de quienes ya actúan en él, son desafíos sustanciales a ser enfrentados. Nótese que las políticas, programas y acciones dirigidos a la cualificación y recualificación de los trabajadores de la salud, tales como la Educación Permanente, el Pro-Salud, el PET-Salud y la Humanización de la Salud, se enfrentan a los intereses políticos y económicos de la parcela de la población que detenta la hegemonía del campo de la salud. Se agrega a esto la herencia taylorista-fordista, así como las prácticas naturalizantes y fatalistas fuertemente enraizadas en los procesos de subjetivación de los brasileños y brasileñas, que se reflejan, por ejemplo, en la disociación enseñanza/universidades y servicios de salud, así como en la postura pasiva y omisa frente a la propia producción de la vida y, por lo tanto, de la salud, por parte de los usuarios de la salud y de sus trabajadores.

Empero, se considera aquí que si la realidad es socialmente construida, no es inevitable: fue y continúa siendo forjada por cada uno de nosotros, en nuestras relaciones sociales. Todos somos partícipes activos en la construcción de esa historia, en nuestros discursos, nuestras prácticas sociales, en la producción y uso de materialidades y en nuestras maneras de socializar. Por ello, ha sido fundamental la participación de los psicólogos en la Salud Pública brasileña, cuestionando fronteras disciplinarias, rompiendo barreras intra e interinstitucionales, haciendo un análisis profundo en relación con la realidad que ha sido construida, redireccionando trayectorias para que los saberes y formas de hacer de la Psicología de la Salud estén más articulados con las necesidades de salud de la población y con los principios del SUS.

## Referencias

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Associação Brasileira de Psicologia da Saúde. (s.f.). Recuperado de [http://www.abpsa.com.br/?page\\_id=2](http://www.abpsa.com.br/?page_id=2).
- Bernardes, J. S. (2007). A Psicologia no SUS 2006: alguns desafios na Formação. En M.J. Spink (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática Profissional e produção acadêmica* (pp. 105-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, G.W.S. (2003). A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. En G.W.S. Campos (Org.), *Saúde Paidéia* (3ª ed., pp. 51-67). São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6ª ed. rev.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Casa Civil. (1990a). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. *Diário Oficial da União (DOU)*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
- Casa Civil. (1990b). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e de outras providências. *Diário Oficial da União (DOU)*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm).
- Conselho Federal de Psicologia. (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.
- Conselho Federal de Psicologia. (1994). *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a Formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Regional de Psicologia. (1995). *Psicologia: Formação, atuação Profissional e mercado de trabalho*. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Resolução CFP n.º 013/2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. Recuperado de <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/resolucao/#>
- Conselho Federal de Psicologia (2008). Atuação dos psicólogos em serviços de atenção básica à saúde – relatório de pesquisa. Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Brasília, 2008. Recuperado de: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/abs.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). *Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil. CBO – Catálogo Brasileiro de Ocupaciones do MT*. Recuperado de [http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/atr\\_prof\\_psicologo\\_cbo.pdf](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/atr_prof_psicologo_cbo.pdf)
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde*. Brasília: CFP. Recuperado de [http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas\\_ABS.pdf](http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf)
- Duarte, N. M. N. (1990). Integração docente assistencial entre uma instituição de ensino e um hospital de ensino de Porto Alegre: experiência de um grupo de trabalho. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 11, 52-8.
- Guatarri, F. (2004). *Psicanálise e transversalidade: ensaios de Análise Institucional*. Aparecida, S.P.: Ideias & Letras.
- Jackson, A. L. y Cavallari, C. D. (1991). *Estudo sobre a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde*. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região.
- Lancetti, A. (Ed.). (1989). *Saúdeloucura 1*. São Paulo: Hucitec.
- Law, J. y Mol, A. (Eds.) (2002). *Complexities: social studies of knowledge practices*. Durham: Duke University Press.
- Leclainche, X. (1962). É preciso humanizar o hospital. *Revista paulista de hospitais*, 10(5), 7-10.
- Louzada, S. S., Stang, F. y Calabrez, M. (2008). Administrar e humanizar no hospital. *Revista facevv*, 1(2), 68-75.
- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6, 109-116.
- Ministério da Educação (2004). Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 8, de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os

- cursos de graduação em Psicologia. *Diário Oficial da União*. 18 de maio de 2004; Seção 1: 16. Recuperado de [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08\\_04.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf).
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, V. 4).
- Ministério da Saúde. (2008). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *A Educação e o Trabalho na Saúde: a política e suas ações*. Brasília: SGTES, dezembro de 2009. Recuperado de [http://portal.salud.gov.br/portal/salud/gestor/area.cfm?id\\_area=382](http://portal.salud.gov.br/portal/salud/gestor/area.cfm?id_area=382).
- Ministério da Saúde/Ministério da Educação (2011a). *Pró-Saúde*. Recuperado de [http://portal.salud.gov.br/portal/salud/Profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26639](http://portal.salud.gov.br/portal/salud/Profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26639).
- Ministério da Saúde/Ministério da Educação (2011b). *PET-Saúde*. Recuperado de [http://portal.salud.gov.br/portal/salud/Profissional/area.cfm?id\\_area=1597](http://portal.salud.gov.br/portal/salud/Profissional/area.cfm?id_area=1597).
- Ministério do Trabalho e Emprego. (2002). *Classificação Brasileira de Ocupações*. Recuperado de <http://www.mtebo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>.
- Neder, M. (1992). O Psicólogo no Hospital. *Revista de Psicologia Hospitalar do HC, 1*, 6-15.
- Pessini, L. y Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola.
- Presidência da República. (1996). *Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Brasília: Ministério da Educação. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>.
- Presidência da República/Casa Civil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm).
- Santos Filho, S. B. y Barros, M. E. B. (Eds.) (2009). *Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí.
- Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo/ Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região. (1984). *O perfil do psicólogo no estado de São Paulo*. São Paulo: Cortez
- Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. (2010). *História da SBPH*. Recuperado de <http://www.sbph.org.br/site/historia.php?action=show&textid=13&PHPSESSID=b1c600ea666f2c877e728525612ebd6>.
- Spink, M. J. (2011). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos* (8va. Ed.). Petrópolis, R.J.: Vozes.
- Spink, M.J., Bernardes, J., Santos, L. y Gamba, E.A.C. (2007). A inserção de psicólogos em serviços de Saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da Formação Profissional. En M.J. Spink (Ed.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática Profissional e produção acadêmica* (pp. 53-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J. y Spink, P. K. (2007). A Psicologia Social na Atualidade. En A. M. Jacó-Vilela, A. F. Leal y F. T. Portugal (Orgs.), *História da Psicologia: rumos e percursos* (pp. 565-585). Rio de Janeiro, Nau Editora.
- Spink, M. J. y Matta, G. C. (2007). A prática Profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. En M. J. Spink (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática Profissional e produção acadêmica* (pp.129-140). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tanji S., Silva, C. M. S., Albuquerque, V. S., Viana, L. O. y Santos, N. M. P. (2010). Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. *Rev. Gaúcha Enferm*, 31(3), 483-90.