

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: IMPLICAÇÕES, IMPORTÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES

Cristiana Silveira Mira
Psicóloga e professora de Psicologia.
Mestre em Gestão de Políticas Públicas.
Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental
E-mail: cristianamira@yahoo.com.br

Eunaihara Ligia Lira Marques
Psicóloga e Professora da Faculdade de Pará de Minas (FAPAM).
Especialização em Neuropsicologia e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.
E-mail eunamarques@yahoo.com.br

Resumo

O SUS, desde sua criação em 1990 tem por objetivo a promoção da saúde com assistência indistinta a todos os brasileiros, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, utilizando-se de formas assistenciais e preventivas. Porém, com o aumento do número de usuários, do seu agigantamento e conseqüente centralização, esse sistema tem se mostrado precário e inoperante no que se refere ao atendimento à população em suas situações de busca de saúde e Qualidade de Vida. Este artigo, com bases bibliográficas e utilizando-se do método dedutivo, analisa o percurso histórico do SUS, bem como da Psicologia, especialmente a Psicologia Cognitiva, e a importância e contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no que se refere à saúde psíquica da população atendida pelo SUS. Tendo ficado evidenciado que essas contribuições são tanto quantitativas como qualitativas, ou seja, pode operar na formulação de políticas públicas e também em programas de atendimento individual ou de grupos com vistas a minorar o sofrimento humano e ainda a diminuição da procura pelo sistema público de saúde. Além disto, a TCC pode trazer contribuições significativas ao SUS desde a elaboração de programas de intervenções mais eficazes, uma vez que se trata de uma técnica que leva em conta a brevidade e a objetividade do tratamento quanto à operacionalização técnica ao apoio do sujeito com doença mental atendido por programas relacionados.

Palavras-chave: Contribuição. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Terapia Cognitivo-Comportamental.

Abstract

SUS (Brazilian Public Health Care System), since it was founded in 1990, aims at promoting health providing indistinct assistance for all Brazilians, by means of actions of health promotion, protection and recovered, using assistencial and preventive ways. However, with the increase of the user number, its enlargement and consequent centralization, this system has shown to be precarious and ineffective concerning to the population care in their situations of searching for health and Life Quality. By the use of bibliographic basis and using deductive method, this article analyses the SUS historical background, as well as the Psychology, particularly the Cognitive Psychology, and the importance and contribution of the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) concerning to psychic health of the population covered by SUS. It is evidenced that these contribution are both quantitative and qualitative, which means to operate in the formulation of public politics as well as

in programs caring of groups or individual, aiming at alleviating the human suffering and also decrease the demand searching for the public health care system. Furthermore, a CBT can bring significant contribution to SUS since the drawing of more effective intervention programs, since it is a technique which takes into consideration the brevity and the objectiveness of the treatment concerning to its technical operation to the subject's support having mental disorder and covered by related programs.

Keywords: Contribution. Mental Health. Brazilian Public Health Care System. Cognitive Behavioral Therapy.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, implementado legalmente em 1990 (BRASIL, 2015), cresceu bastante e tornou-se centralizado e vem se mostrando praticamente falido tanto em seus objetivos iniciais quanto financeiramente, onerando Estados e municípios e deixando de atender milhares de cidadãos que necessitam de atendimento profissional para ter dignidade e qualidade de vida, que se juntam em verdadeiras “romarias”, formando filas nas unidades ambulatoriais e nos hospitais que atendem pelo sistema. Há muitas formas de fazer com que esse “gigante” torne-se eficaz. Há, também, muitos segmentos da sociedade que podem contribuir de forma significativa para que o SUS obtenha resultados melhores e que atenda a grande demanda que espera por atendimento ou pela tão sonhada saúde.

Este artigo tem por objetivo tornar compreensível o desenvolvimento histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), da Ciência Psicológica, especialmente da Psicologia Cognitiva, bem como sua consolidação no território brasileiro, para, por fim, analisar as possibilidades de contribuição especialmente da abordagem Teórica Cognitivo-Comportamental (TCC) para a intervenção e auxílio à saúde psíquica dos brasileiros atendidos pelo SUS.

Percebe-se que há, historicamente, uma omissão do Estado brasileiro com a saúde, vista principalmente entre as décadas de 1920 e 1930, quando efetivamente se iniciaram intervenções na área da saúde. Nesse período os direitos civis e sociais relacionavam-se diretamente à posição ocupada por uma pessoa no mercado de trabalho, ou seja, nem todos os cidadãos brasileiros tinham direito garantido de assistência à saúde. Com efeito, nesse período surgem “*as CAP's, Caixas de Aposentadorias e Pensões, cujas principais características eram serem organizadas por empresas e serem administradas e financiadas por empresários e trabalhadores*” (QUINELLATO, 2009).

Registrou-se uma expansão do modelo de proteção social, ainda que de maneira desigual, durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945) e dos governos militares (1964-1984), incluindo a participação da sociedade em geral. Quinellato (2009) esclarece que “*na década de 30,*

surgem as IAP's, Institutos de Aposentadorias e Pensões, cujo caráter era essencialmente contencionista, com vistas à acumulação, ficando a assistência médica como função provisória e secundária”.

Apesar de este artigo, no que se refere à saúde no país, basear-se nos textos de Paim et al. (2011) que estudam o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua concepção até os dias atuais, serão utilizadas outras fontes, constituindo-se de pesquisa bibliográfica e utilizando-se o método dedutivo, que tem por objetivo explicar o conteúdo das premissas por meio de uma cadeia de raciocínio em ordem descendente, analisando do geral para o particular, chegando a uma conclusão (LAKATOS & MARCONI, 2003).

2. O DIREITO À SAÚDE, DO BRASIL COLONIAL À ATUALIDADE

No Brasil Colônia imperava um precário sistema de saúde e as dificuldades estavam na falta de médicos e também porque poucos médicos europeus estavam dispostos a migrar ao país. Dessa forma, quando os cidadãos necessitavam de médicos, recorriam por cartas, ao rei de Portugal (PAIM et al., 2011). Ainda estes mesmos autores relatam que tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal em questões envolvendo saneamento e profilaxia de doenças epidêmicas ao físico-mor, trazido de Portugal, bem como problemas de higiene, sujeira das cidades, fiscalização dos portos e o comércio de alimentos resolviam-se pelas autoridades locais ou pelas conhecidas Câmaras Municipais.

Segundo Paim et al. (2011) as instituições destinadas efetivamente aos cuidados da saúde surgiram inicialmente nas cidades de Santos, Olinda, Salvador, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo (capital), que também receberam unidades de saúde chamadas de Santa Casa. Contudo, a história revela que as Santas Casas atendiam apenas parte dos oficiais do exército, quando o cirurgião-mor estava ausente e pessoas de família ricas. A assistência aos pobres acontecia por meio da caridade cristã da época.

No Brasil Império, com a vinda da família real ao Brasil, no início do século 19, foi criada a Inspeção Geral de Higiene, subordinada à Inspeção Geral de Saúde dos Portos. O destaque foi a criação do Conselho Superior de Saúde Pública, com primeiras medidas voltadas à higiene escolar e proteção de crianças e adolescentes no trabalho em fábricas, como ressaltam Paim et al. (2011). E, apesar de em 1828 ter ficado a cargo das municipalidades a responsabilidade pela saúde pública, mesmo diante de algumas melhorias institucionais, a capacidade do sistema de saúde imperial era insuficiente para atender a todas as pessoas. (PAIM et al., 2011).

Nesse sentido, a vinda da corte real para o Brasil trouxe mudanças essenciais ao país, também na área da saúde, notadamente no Rio de Janeiro, que foi a sede provisória do império português. Em decorrência,

Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país. (BRASIL, 2004, p.10)

Depois da proclamação da República, “*coube aos estados brasileiros a responsabilidade pela política de saúde*” (PAIM et al., 2011, p. 27). Já a vigilância sanitária dos portos ficou a cargo da Diretoria Geral de Saúde Pública, de 1897. A nascente industrialização do país evidenciou mais ainda os problemas da saúde, uma vez que somente parte da população recebia atendimento médico. Lê-se ainda em Paim et al. (2011, id.) “*que o sistema de saúde brasileiro durante a República era confuso e complicado, da mesma forma como acontecia no Brasil Colônia e no Império. O que existia era um não sistema de saúde*”.

Somente em 1910, diante de uma grave epidemia de febre amarela, peste e varíola que afetou a economia agroexportadora, foi exigido do poder público o saneamento dos portos, medidas sanitárias nas cidades e vacinação obrigatórias. Mediante o contexto que se apresentava, foram criado por “*Carlos Chagas o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e uma estrutura permanente de serviço de saúde nas áreas rurais, como resposta a um movimento liderado por profissionais médicos, autoridades políticas e intelectuais*” (PAIM et al., 2011, p. 28).

Mas, foi entre as décadas de 1920 e 1930 que efetivamente se iniciaram intervenções na área da saúde. Nesse período, os direitos civis e sociais relacionavam-se diretamente à posição ocupada por uma pessoa no mercado de trabalho, ou seja, nem todos os cidadãos brasileiros tinham direito garantido de assistência à saúde.

O DNSP ficou responsável, já na terceira década do século 20, pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias. Iniciou-se também nesse período a previdência social no Brasil, por meio das denominadas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) logo depois que a lei “*Elói Chaves*”, de 1923, foi aprovada. “*Essa lei permitiu que todos os trabalhadores que tivessem vínculo com as caixas de aposentadoria passassem automaticamente a ter garantida assistência médica no Brasil*” (PAIM et al., 2011, p. 29).

Paim et al. (2011) afirma também que os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), organizados por categoria profissional, sucederam as CAPs, que eram organizadas por empresas e em 1934 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM).

Quanto à saúde ocupacional, ela passou a ganhar atenção especial após a criação do Ministério do Trabalho, a partir de 1930, ano em que o DNSP foi anexado ao Ministério da Educação e Saúde. Em 1953 o Ministério da Saúde ganhou independência e ocorreram algumas transformações relacionadas a campanhas sanitárias, doenças endêmicas, fiscalização sanitária, além da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), por meio de um convênio entre os governos brasileiro e americano, no período da II Guerra Mundial, como esclarecem Paim et al. (2011).

No governo do presidente Juscelino Kubitschek registrou-se uma expansão da assistência médico-hospitalar em detrimento da saúde pública, pois houve um grande desenvolvimento apenas nos ramos farmacêutico e de equipamentos. Ocorreu também a compra de serviços diagnósticos e terapêuticos da iniciativa privada pela previdência social, que ficou conhecida pela modalidade “medicina de grupo”¹ (PAIM et al., 2011, p. 32).

Em 1960 foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificou os IAPs, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A citada política da privatização se intensificou nos governos militares, pois imperava a compra de serviços médico-hospitalares da iniciativa privada segurados pela previdência social. Assim, durante os governos militares e até os governos democráticos mais recentes também a saúde não foi tida como prioridade nacional. (PAIM et al., (2011) afirmam ainda que:

A capitalização obtida com as contribuições previdenciárias dos trabalhadores permitia que os recursos fossem desviados para investimentos na economia. Com recursos oriundos dos institutos, foram construídas a Siderúrgica Nacional na ditadura Vargas; a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica e a Usina de Itaipu no período militar; e nos momentos de democracia os recursos da previdência foram utilizados na construção de Brasília (tempos de JK) e no pagamento da dívida aos bancos (governos FHC e Lula). (PAIM et al., 2011, p. 34)

Em 1974 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), resultante do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados com carteira

¹ A medicina de grupo constituía um tipo de empresa médica que prestava serviços a uma grande empresa industrial ou de serviço, mediante pré-pagamento, contando inicialmente com um estímulo do governo, que dispensava parte das contribuições da previdência social (PAIM et al., 2011, p. 32).

assinada. E em julho de 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a lei nº 6.229 o definiu como "o conjunto de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse de saúde" como declaram os estudos de Paim et al. (2011).

Como forma de enfrentar todos os problemas relacionados à questão da saúde no país, foi organizado em 1979 o Movimento RSB – Movimento Sanitário ou Movimento pela Democratização da Saúde Brasileira, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde. O documento apresentado no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, ficou conhecido como: *“a questão democrática na área da saúde, e tornou a RSB e o SUS resultado de debates da sociedade e não de partidos ou governos”* (PAIM et al., 2011, p. 40).

Já a inspiração do capítulo 196 da Constituição Federal, denominada “Da Saúde” veio das propostas ocorridas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, assim como as Leis 8.080/90 (que criou o SUS) e 8.142/90 (que implementou o SUS) tiveram raízes nesses debates, contando com a presença de milhares de participantes que apresentaram diversos estudos e propostas ao movimento RSB. Foi assim que, a partir da Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser um direito social, inerente à condição de cidadão e obrigação do Estado brasileiro – Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

É importante destacar que Paim et al. (2011) ressaltam que nos períodos compreendidos entre 1983 a 1993 nasceram três movimentos com repercussões importantes na configuração do setor saúde, foram eles: Ações Integradas de Saúde - AIS (1983-1987), Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS (1988-1989) e Sistema Único de Saúde - SUS (a partir de 1990). O SUDS foi resultante de um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Já o SUS foi um conceito que evoluiu gradativamente sendo criado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Mas foi a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

2.1. O Sistema Único de Saúde e a Psicologia

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira visando garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Dessa forma, o

SUS, conforme disposto no Artigo 4º da Lei 8.080, de 1990, do CNS, é constituído do: “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Prega o artigo 2º da Lei do SUS:

A saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

E no artigo 5º da mesma Lei lê-se:

São objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS: I - a identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do artigo 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Depreende-se, dessa forma, que a partir da criação do SUS, todos os cidadãos brasileiros passaram a ter direito ao acesso universal à política de saúde, o que significa a entrada livre sem qualquer impedimento de classe, etnia, idade, gênero, local de moradia e independente de escolaridade e de estar ou não trabalhando; que o acesso igualitário garante a todos os brasileiros a utilização dos serviços e ações de saúde sem qualquer discriminação ou preconceito; e que a promoção da saúde constitui a preocupação com as condições de vida, procurando cultivar o bem-estar das pessoas.

Deveria existir uma estrutura atuando na promoção dos direitos básicos de cidadania juntamente ao SUS, incluindo a política de seguridade social, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2004). Os serviços do SUS foram organizados na Constituição de forma: 1) descentralizada – com um comando único em cada esfera de governo; 2) de maneira a fornecer atendimento integral – priorizando atividades preventivas e 3) levando em conta a importante participação da comunidade (PAIM et al., 2011, p. 49).

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (2015) vários especialistas vêm comprovando que os gastos com saúde tornaram-se crescentes durante o período de vida do

SUS². Esses gastos sugerem que os estados e municípios brasileiros já investem em saúde mais do que é exigido pela Emenda Constitucional n. 29/2000. O sistema mostra-se em evidente colapso e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015, p. 15) defende que haja mais recursos para a saúde e que esse incremento contemple três componentes fundamentais: “*custeio, investimento e capacitação, complementando que deve contemplar, ainda, uma metodologia que vise à redução das desigualdades regionais – seja dentro dos estados, seja entre os estados e as regiões brasileiras*”.

Desse modo, pode-se dizer que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que contempla atendimentos no âmbito interventivo, informativo (campanhas) e de promoção à saúde, assistindo os brasileiros desde um simples atendimento ambulatorial, aos cuidados físicos e psíquicos até aos transplantes de órgãos.

As contribuições da Psicologia ocorrem em diversas esferas do SUS, mas possui fortemente seu aporte ao atendimento e auxílio de pessoas com problemas psíquicos e/ou com transtornos mentais³, assunto de interesse e relevância ao presente artigo. Dessa forma, o SUS criou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴. Neles são atendidos gratuitamente pacientes que necessitam de algum tipo de tratamento de saúde mental com vistas a serem reintegrados à família e à sociedade. Muitos são os fatores que podem causar um transtorno mental e o SUS busca, da melhor forma possível, atender quem precisa de ajuda nessa área. Os CAPS foram uma forma de se democratizar o atendimento psicológico e contam com uma equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral e psicólogos, entre outros⁵. Dividem-se em⁶:

² O SUS é financiado por meio do Orçamento da Seguridade Social, que engloba a saúde, a previdência e a assistência social e, no caso da saúde, as principais fontes de recursos são a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), pagas pelas empresas à União.

³ 4 A Organização Mundial da Saúde (OMS) não tem uma definição concreta para o que seria a saúde mental. Alguns pontos são citados como critérios de saúde mental, entre atitudes positivas e integração social, a definição é ampla para ser resumida. O ponto mais encontrado para definir a saúde mental é: aceitar as exigências da vida sem perder o equilíbrio emocional.

⁴ O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

⁵ Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>

⁶ Dados de 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-agente/leia-mais-conte-com-a-agente>.

CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes.

CAPS II – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 70 mil a 200 mil habitantes.

CAPS III – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 200 mil habitantes. *CAPS ad* – serviço especializado para usuários de álcool e drogas. (de 70 mil a 200 mil habitantes).

CAPS i - serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos). Acima de 200 mil habitantes.

Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT: casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS.

Programa de Volta para Casa – PVC: tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte integrante deste Programa o auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário.

Leitos de Atenção Integral em álcool e outras drogas: são leitos de retaguarda em hospital geral com metas de implantação por todo o Brasil.

3. PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DA PSICOLOGIA COMO CIÊNCIA: CONSOLIDAÇÃO NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

A fim de verificar as possibilidades de contribuição e convergência da psicologia, especialmente na abordagem Cognitivo-Comportamental nas perspectivas interventivas e de acompanhamento aos serviços de atendimento psicológico e/ou de Saúde Mental do SUS discute-se o percurso histórico do surgimento da Psicologia como ciência até seu alicerçamento no território brasileiro.

A memória, a aprendizagem, a motivação, a percepção, os sonhos e o comportamento anormal sempre foram estudados pelos filósofos e sábios gregos desde a antiguidade, porém foi na Alemanha que o primeiro laboratório de Psicologia do mundo surgiu em 1879 com Wilhelm

Wundt, na cidade de Leipzig, que também publicou a primeira revista de Psicologia chamada *Philosophische Studien* ou Estudos Filosóficos. Já em 1885, Herman Ebbinghaus publicou uma inovadora obra, que no Brasil recebeu o nome “Memória”, relatando importantes estudos sobre memória e esquecimento, reforçando o fato de que realmente a psicologia é uma construção europeia. Foi nos Estados Unidos, onde a psicologia também encontrou terreno fértil, que Stanley Hall, em 1887, fundou o *American Journal of Psychology* (SCHULZ & SCHULZ, 1981).

Ainda Schulz e Schulz (1981) relatam que antes de existir áreas de conhecimento científico, havia o estudo da Psicologia como uma disciplina da Filosofia. O que diferia uma da outra eram as abordagens e as técnicas usadas. Findo o renascimento, surge a ciência como a principal fonte de conhecimento sobre a realidade. “*Dali em diante, a observação e a experimentação controlada como forma de estudar a mente humana identificou-se a Psicologia como ciência e com vida própria, ou seja, separada da Filosofia*”, acrescentam Schulz e Schulz (1981, p. 18).

Em 1890, a Universidade da Pensilvânia nomeou James Mckeen Cattell como o primeiro professor de Psicologia e esse fato fez com que essa ciência fosse reconhecida nos círculos acadêmicos como disciplina independente. Tendo estudado com Wundt na Alemanha, Cattell foi um dos primeiros psicólogos americanos a destacar a análise estática dos resultados experimentais e o rápido crescimento dessa área ofereceu o instrumento quantitativo para sustentar a credibilidade científica (GOODWIN, 2005).

Entre 1880 e 1895, ocorreram dramáticas e profundas mudanças na psicologia americana. Durante esse período, foram fundados vinte e seis laboratórios e três revistas de psicologia. A Associação Psicológica Americana (APA), a primeira organização científica e profissional de psicólogos, foi fundada em 1892. (SCHULZ & SCHULZ, 1981, p. 19).

Nos primeiros anos do século 20 a psicologia americana sofreu fortes mudanças, devido, principalmente, à exigência de uma Psicologia aplicada ao cotidiano, ou à vida prática das pessoas, “*obrigando psicólogos americanos que antes produziam pesquisas em laboratório, passassem a resolver problemas do mundo real*”, descrevem Schulz & Schulz (1981, p. 25). Essa mudança de abordagem também foi decorrente do aumento do número de imigrantes e do forte investimento em educação que obrigou a mudança do foco na pesquisa experimental em laboratório para resolver questões da escola, da sala de aula, de aprendizagem. Os setores de seleção de pessoal, testes psicológicos e engenharia psicológica pertencem à outra categoria de forças contextuais, esclarece Goodwin (2005).

No Brasil, a psicologia ganhou importância desde o início do século passado, quando médicos brasileiros realizavam estágios em serviços de psiquiatras dotados de laboratórios de

psicologia na Europa. Nessa mesma época esses profissionais recebiam cursos especializados e em 1905, iniciou-se a publicação de um periódico de estudos de psiquiatria, neurologia e "ciências afins" (OLINTO, 1944; BOTELHO, 1993). Botelho (1993) destaca que especialistas estrangeiros vieram ao Brasil a fim de instalar laboratórios de psicologia aplicada à educação (São Paulo em 1914), à psiquiatria (Rio de Janeiro em 1922) e à organização do trabalho (São Paulo em 1929).

Contudo, Lourenço Filho (1971) afirma que foi somente na década de 1930 que profissionais com cursos de especialização em universidades norte-americanas passaram a atuar no país. Foi também nesse período que foram criadas as primeiras associações e publicadas revistas especializadas no campo da psicanálise.

Surgiriam logo após os primeiros serviços oficiais de psicologia aplicada (São Paulo, 1931) e o primeiro instituto federal destinado à pesquisa pura (Rio de Janeiro, Ministério da Educação, 1932). Expande-se, mais recentemente, o ensino da psicologia em diversos cursos superiores (medicina, administração, sociologia e política, enfermagem, serviço social); surgem agremiações de cunho nacional, filiadas a organizações internacionais; publicam-se revistas especializadas; criam-se institutos de aplicação com alto cunho técnico (São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Bahia, Belo Horizonte, Porto Alegre). Em 1952, o Conselho Nacional de Pesquisas vinha a distribuir a primeira bolsa para investigações no campo da psicologia, assim reconhecendo a importância desse domínio de estudos (LOURENÇO FILHO, 1971, p. 116).

A Sociedade Brasileira para o Progresso das Ciências, por sua vez, passou a incluir temas de psicologia em suas reuniões anuais. Professores das faculdades de filosofia, reunidos em São Paulo, em 1953, acordaram em solicitar a criação de uma "seção especializada de psicologia" nesses estabelecimentos, descreve ainda Lourenço Filho (1971). A partir de então, a psicologia passou a receber a devida atenção julgada a sua importância para a qualidade de vida das pessoas e para a saúde mental.

3.1. Alicerçamento da Psicologia Cognitiva

Sabe-se que a Psicologia conta com uma variedade de perspectivas teóricas consolidadas ao longo dos anos, desde o seu surgimento até os dias atuais. Tais perspectivas são originadas das diversas abordagens como, por exemplo, Comportamentalistas, Psicanalíticas, Fenomenológicas, Humanistas Existenciais, Cognitivas, dentre outras. A Psicologia Cognitiva, por sua vez, é considerada um ramo atual da Psicologia que cresceu e cresce fortemente, consolidando uma psicologia na vertente precisamente científica.

Sternberg (2000, p. 31) define a psicologia cognitiva como: “[...] *o estudo da maneira como as pessoas aprendem, estruturam, armazenam e usam o conhecimento*”. Atribui-se a origem da psicologia cognitiva à filosofia e à fisiologia, de acordo com Sternberg (2000, p. 23). A primeira, ou seja, a filosofia por objetivo compreender as ideias e experiências internas, principalmente por meio da introspecção permitindo que os psicólogos cognitivos se interessassem pela filosofia para pesquisar de que modo às pessoas pensam e conseguem produzir conclusões a respeito daquilo que pensam. E a segunda, a fisiologia, por pesquisar funções vitais através da experimentação e observação, ou seja, por meio do empirismo, tornando-se científica, pois existem estudos fisiológicos do cérebro relacionando-os aos insights (STERNBERG, 2000). Dessa maneira, Sternberg (2000) revela ainda que a psicologia cognitiva que os psicólogos cognitivos aplicam hoje consiste em uma síntese de ambas (filosofia e fisiologia), isto é, baseiam suas observações empíricas na teoria, mas, sucessivamente, usam essas observações para revisar suas teorias.

Sternberg (2000) aponta que a dialética da psicologia cognitiva no século 20 limitava-se aos pensadores daquele contexto, ou melhor, dizendo, dos estruturalistas e dos funcionalistas. O estruturalismo tinha como interesse de estudar a estrutura da mente. E o funcionalismo, tratava-se de uma alternativa ao estruturalismo que ao invés de estudar a estrutura da mente, enfatizava os processos de pensamento perguntando-se “o que as pessoas fazem e por que fazem isso”?

Cabia aos funcionalistas estudar o porquê da mente funcionar do jeito como funciona. Para além do funcionalismo, surgiram pensadores (como por exemplo, James, Dewey, Angel e outros) que creditavam ao conhecimento e sua validade por sua utilidade, chamados de pragmatistas, que pesquisavam o que as pessoas faziam com aquilo que sabiam fazer. William James (1842-1910) foi o principal representante desta abordagem, estudando temas como atenção, consciência e percepção. Além de William James, outro principal estudioso é John Dewey (1859-1952), lembrado por sua contribuição à educação defendendo que o objetivo da educação é o seu uso prático (STERNBERG, 2000).

No que diz respeito à compreensão do comportamento humano, o estudo dos behavioristas têm como aporte principal a ideia de que um comportamento não acontece do nada. São vários os representantes dessa escola teórica da Psicologia. De maneira resumida, apresentam-se alguns deles, segundo Sternberg (2000):

- John Watson (1878-1958) desconsiderava o pensamento como algo inato, acreditava que os pensamentos eram construídos a partir de estímulos.
- Ivan Pavlov (1849-1936) foi o criador do termo aprendizagem condicionada classicamente quando considerou uma forma de aprendizagem o fato de que um cão

salivava quando via o seu treinador mesmo antes de identificar se havia alimento junto com o treinador.

- B. F. Skinner (1904-1990) defendia o comportamento operante aplicando-o a aprendizagem, linguagem e resolução de problemas. Este tipo de comportamento refere-se a reforços ou enfraquecimento do comportamento, por meio da compreensão de que existem estímulos e conseqüentemente resposta (estímulo-resposta E-R).

- Edward Tolman (1886-1959) defendeu a ideia de que um organismo não pode desconsiderar a finalidade do comportamento, ou seja, não se trata apenas de um estímulo e de uma resposta, mas sim que todo comportamento é dirigido para uma finalidade. Construiu sua teoria sobre o comportamento identificada como estímulo-organismo-resposta (E-O-R), reconhecido como o precursor da psicologia cognitiva moderna (STERNBERG, 2000, p. 29).

Uma das críticas sobre o behaviorismo consiste na aplicação aos seres humanos os experimentos que envolviam animais em laboratórios, cujas condições podem ser totalmente controladas. Albert Bandura, criador da teoria da aprendizagem social, afirma que alguns comportamentos baseiam-se apenas na observação que se faz a respeito do comportamento de outra pessoa, ou seja, aprendendo pelo exemplo. Bandura criticou o modelo behaviorista de estímulo-resposta (E-R), pois não acreditava que se aprende meramente, mas sim por que o homem é reforçado de alguma maneira, mas também por ser social, como resultado da observação das recompensas ou punições oferecidas aos outros (STERNBERG, 2000).

Sternberg (2000) aponta ainda que outros cientistas e teóricos da psicologia teceram críticas ao behaviorismo metodológico, como por exemplo, Karl Spencer Lashley (1890-1958) que acreditava que o cérebro humano seria capaz de organizar e planejar o comportamento ao contrário do que preconizam os behavioristas, quando afirmam em suas teorias que o comportamento é uma mera resposta aos estímulos do ambiente.

Portanto, sabe-se que a Psicologia Cognitiva Moderna, além de sofrer influência das bases epistemológicas da psicologia como, por exemplo, a filosofia, fisiologia, estruturalismo, comportamentalismo e o funcionalismo, obteve influências também de outras áreas como a psicobiologia, a linguística e a antropologia, bem como as áreas de conhecimentos tecnológicos como os sistemas de comunicação, sistemas de engenharia e de informática (STERNBERG, 2000).

Em consequência, a Psicologia Cognitiva é considerada um dos ramos investigativos mais atuais da psicologia, ocupando um espaço significativo no campo da Ciência Psicológica desde a década de 1950 e 1960, oportunizando e servindo de base ao desenvolvimento de teorias clínicas que lidam com os mais variados transtornos psicológicos.

3.2. Origens e consolidação das Terapias Cognitivo-Comportamentais

O desenvolvimento das ciências cognitivas foi promissor para a construção de modelos clínicos. Por exemplo, o modelo de processamento da informação, recurso este utilizado pelos psicólogos cognitivos serviu de base para a compreensão de vários transtornos, alguns deles o Transtorno de Depressão e Ansiedade. Dessa forma, a importância dos aspectos cognitivos no funcionamento humano, seguido de resultados crescentes de pesquisas e o estabelecimento de vários conceitos deram suporte à construção de modelos clínicos (FALCONE & OLIVEIRA, 2012).

Primeiramente, no que se refere às “Terapias Comportamentais” Franks (1996) relata que as primeiras referências foram feitas por Lindsley, Skinner e Solomon, em 1953, ao relatarem procedimentos que envolviam condicionamento operante junto a pacientes psicóticos hospitalizados. Mas esse mesmo autor ressalta que dois outros psicólogos a conceituaram de forma diferente: em 1958, na África do Sul, Lazarus denominou terapia comportamental a inclusão de procedimentos objetivos provenientes do laboratório na psicoterapia tradicional; e em 1959, na Inglaterra, Eysenck definiu terapia comportamental como um novo enfoque terapêutico, baseado na aplicação das “modernas teorias de aprendizagem” ao tratamento de distúrbios psicológicos.

A expressão terapia comportamental é muito ampla e embora dê a ideia de se tratar de um tipo específico de intervenção clínica, existem muitos modelos terapêuticos comportamentais tradicionais e atuais. Barbosa e Borba (2010, p. 61) assinalam como exemplos: “a Psicoterapia Funcional-Analítica [...]; a Terapia da Aceitação e Compromisso [...]; a Terapia Racional-Emotiva-Comportamental [...] e a Terapia Cognitiva [...], a Terapia por Contingências de Reforçamento [...]”, entre outras.

Já se tratando de “Terapias Cognitivas” Serra (2007) explica que a Terapia Cognitiva foi desenvolvida na década de 1960, quando Aaron Beck, psiquiatra norte-americano, com base na metodologia científica da Psicologia acadêmica propôs um novo modelo, o modelo cognitivo de depressão, o qual, evoluindo em seus aspectos teórico e aplicado, resultou na proposição de um novo sistema de psicoterapia - a Terapia Cognitiva. Outro modelo cognitivo que se destaca e que foi desenvolvido paralelamente ao de Beck, foi o de Albert Ellis, que em 1962 propôs uma psicoterapia contemporânea com ênfase cognitiva denominada *Rational Emotive Therapy*.

O modelo clínico proposto por Beck ganhou maior visibilidade, mostrou-se promissor, eficaz no tratamento da depressão, e as características desse modelo que contemplava “tarefas comportamentais, sessões estruturadas, prazo limitado de tratamento, comprovação científica, e registro diário de experiências maladaptativas etc.” tiveram grande repercussão entre os

comportamentais que passaram a incluir as técnicas cognitivas em seus programas de tratamento (SERRA, 2007). Assim, as técnicas e conceitos cognitivos foram incorporados à teoria comportamental, nascendo a terapia cognitivo-comportamental.

A partir de então, observou-se um intenso movimento no sentido de apontar os processos cognitivos como importantíssimos na aquisição e regulação do comportamento, sendo que relevantes obras foram publicadas (SERRA, 2007).

A relevância da cognição fez com que em 1986 Beck fosse aceito na *Association for the Advancement of Behavior Therapy* (AABT), que já havia aceitado os pressupostos da teoria da cognição. Inaugurava-se assim, a era cognitiva na psicoterapia, com base em modelos próprios de funcionamento humano e de instalação e manutenção das psicopatologias, relata Serra (2007).

Serra (2007) afirma ainda que em 1987, em uma pesquisa realizada entre os membros da AABT, 69% se identificaram como tendo uma orientação cognitivo-comportamental. Portanto, a partir dos anos 1970 as Terapias Cognitivo-Comportamentais passaram a ter cada vez mais espaço e aceitação entre os terapeutas comportamentais.

Segundo Dobson e Dobson (2011) e Falcone (2006), apud Falcone e Oliveira, (2012) o que contribuiu para o surgimento da TCC, foram especialmente três pontos importantes: (1) movimento de insatisfação com modelos de intervenção estritamente comportamental, baseados nos paradigmas de aprendizagem do tipo estímulo-resposta (E-R), (2) rejeição aos modelos psicodinâmicos, ou seja, modelos psicanalíticos, a partir de questionamentos relativos à eficiência, e (3) o desenvolvimento das ciências cognitivas.

Serra (2007) evidencia que o crescimento das TCC nos anos de 1960 e 1970 se deu pela ruptura das teorias predominantes da época, fato que inicialmente fortaleceu a corrente comportamental, que por sua vez teve desenvolvimentos distintos na Inglaterra e nos Estados Unidos. Na corrente britânica destacam-se Hans Eysenck, Joseph Wolpe, David Clark e Paul Salkovskis, que figuram entre os mais brilhantes pesquisadores em terapia cognitiva no cenário mundial. Já nos Estados Unidos, o behaviorismo apoiava-se nos pressupostos de Skinner e seus seguidores, cujos experimentos eram feitos com animais em laboratórios, não obteve os resultados esperados pelos cientistas.

Mas é importante frisar que a Terapia Comportamental contribuiu para o assentamento da Psicologia Cognitiva Clínica, resultando em uma mudança importante na forma como são avaliadas as abordagens psicoterápicas, especialmente a expectativa generalizada de psicoterapias baseadas em evidência, através de estudos controlados de eficácia. (SERRA, 2007).

Vale a pena também evidenciar que embora as terapias cognitivo-comportamentais trabalhem juntas, Serra (2007) adverte que de uma perspectiva ontológica, as terapias cognitiva e comportamental diferem radicalmente em sua visão de homem.

Do ponto de vista filosófico, o modelo cognitivo, baseado em esquemas como um modelo de funcionamento humano, reconhece a influência do observador, e de suas hipóteses e expectativas, sobre o processo da observação. O modelo comportamental, por outro lado, na sua ânsia de rigor metodológico, ou propõe reduzir o objeto observado a objeto observável, ou propõe ingenuamente que a observação pura, na qual o observador está livre de hipóteses, é possível, quando, segundo Popper, isso configura apenas um mito filosófico. (SERRA, 2007, p. 8)

São dois os princípios que regem a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC): o primeiro deles às cognições, cujas influências chegam a dominar a emoção e o comportamento humano e o segundo relaciona-se à maneira como as atitudes ou comportamentos afetam, tanto positiva quanto negativamente, a forma como se pensa e se sente. Em consequência, os terapeutas cognitivo-comportamentais privilegiam o desenvolvimento de estratégias de alteração de pensamentos, em vez de intervir nas contingências externas relacionadas ao comportamento focalizado, o que se configurou numa característica marcante para a distinção entre Terapias Cognitivo-Comportamentais e outras abordagens clínicas comportamentais (BANACO, 1999, apud BARBOSA & BORBA, 2010, p. 62).

Os terapeutas cognitivo-comportamentais podem utilizar técnicas de ambas correntes. Dobson (1988); Sweet e Loizeaux (1991), apud Barbosa e Borba, (2010) afirmam que métodos, tais como investigação imaginativa, de condicionamento encoberto, de confrontação e reestruturação de crenças disfuncionais, correções verbais de visões e/ou processos distorcidos e questionamento socrático são algumas possibilidades de atuação interventiva na perspectiva da TCC.

Por fim, no que concerne ao sofrimento humano, ou seja, ao sofrimento psíquico que levam milhares de pessoas a procurar alívio para suas mazelas no SUS, resta a seguinte pergunta: “De que forma a psicologia e a psicologia cognitivo-comportamental, objeto deste artigo, podem contribuir para as políticas públicas tanto no que diz respeito ao atendimento aos pacientes que são tratados com a alopatia no SUS, como na implementação dessas políticas?”

4. POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA E DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O SUS

O Conselho Federal de Psicologia no ano de 2006 constituiu uma comissão de profissionais vinculados ao Centro de Referências para atuação dos Psicólogos em Políticas Públicas (CREPOP), este por sua vez, formulou um guia de referência para atuação dos psicólogos nas mais variadas modalidades, como assistenciais, psicossociais, de saúde, de prevenção, dentre outras, a fim de instrumentalizar os profissionais que trabalham no território brasileiro. Esse material afirma que no Brasil a atuação dos profissionais psicólogos, estava restrita, até pouco tempo atrás, aos consultórios particulares, às empresas e a algumas escolas. Porém, recentemente, visualizou-se a perspectiva da participação desses profissionais na elaboração de políticas públicas não apenas no que concerne ao atendimento às pessoas, mas também na implementação de políticas.

Atualmente a Psicologia dispõe de conhecimentos para a atuação em equipes multidisciplinares, desenvolvendo atividades tanto individuais quanto com grupos de usuários. A principal contribuição do trabalho do psicólogo é com a não alienação do paciente no processo saúde-doença, não exclusão de seu ambiente social, uma vez que a vida social é fator importante no processo de recuperação. A Psicologia também é importante como atenção, promoção, prevenção de saúde, não apenas nos casos de doença, mas nas ações que visam à melhoria da qualidade de vida. (CREPOP, 2011, p.10)

“A presença da Psicologia brasileira nas instituições sociais ocorreu inicialmente no Século XIX, no interior da medicina, junto à psiquiatria”, esclarece Gonçalves (apud ANTUNES, 1999, p. 9), porém de forma secundária, uma vez que a grande protagonista era a medicina. Paulatinamente, a Psicologia foi ocupando um lugar de destaque e estendeu sua atuação para as políticas sociais em contraponto a um estado paternalista.

Profissionais psicólogos participaram da elaboração do SUS, no movimento da reforma sanitária e ainda nos atos que levaram à extinção dos manicômios no Brasil, entendendo que:

[...] a loucura é um fato social e que os melhores resultados nos tratamentos não estavam nos manicômios, mas sim no convívio social, rompendo a exclusão e propondo a inserção desses pacientes no contexto social e familiar, com acompanhamento do Estado por meio de uma ampla rede de atenção. (CREPOP, 2011, p.10)

A prevenção e a promoção da saúde também são atividades inerentes aos profissionais psicólogos, uma vez que promovem a qualidade de vida e evitam a superlotação e pessoas doentes nos hospitais e nas unidades que atendem pelo SUS.

Assim sendo, é grande e expressiva a contribuição que a psicologia, de forma geral, já dá e pode continuar a dar às políticas públicas e ao SUS. A primeira, no que se refere à redução das desigualdades em saúde, e a segunda, porque o Conselho Federal de Psicologia entende que o SUS precisa ser aperfeiçoado e descentralizado, com atuação individualizada em cada esfera do governo brasileiro (CREPOP, 2011).

Ainda por entender que o conceito de saúde é resultante de um somatório que inclui fatores genéticos, hereditários, de gênero, classe social, estilo de vida, entre outros, e das relações que o ser humano estabelece, o CREPOP (2011, p. 12) ressalta que:

A atuação da Psicologia se dá por meio da aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas aos cuidados individuais e coletivos com a saúde e ao enfrentamento das doenças. Seu objeto é o sujeito psicológico e suas relações com os fatores multideterminantes da saúde, nos diferentes níveis de atenção. Inclui ainda os diferentes grupos sociais e seus problemas associados à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

São esses os fatores defendidos pelos psicólogos no que se refere a uma atuação multidisciplinar no SUS, que hoje enfrenta inúmeras dificuldades tanto no que diz respeito à distribuição de verbas como no efetivo atendimento à população brasileira.

De modo geral, entende-se que o psicólogo é um profissional imprescindível para a composição da equipe nos mais diversos setores de trabalho humano, não sendo diferente no âmbito da saúde, contribuindo efetivamente para a qualidade de vida e da saúde psíquica dos seres humanos.

O SUS oferece uma ampla gama de atendimento, que vai desde o atendimento ambulatorial até transplantes de órgãos, que se constitui um procedimento de alta complexidade. Porém, independente da facilidade ou da complexidade dos procedimentos, a relação que o SUS fornece ao usuário é a de que este deve ser paciente e passivo, traduzindo uma lógica autoritária, o que confronta a condição de equidade e de humanização (HumanizaSus), pregada pelo sistema (RANGÉ et al., 2011).

A Teoria Cognitivo-Comportamental defende que é importante estabelecer outras formas igualitárias entre os usuários do sistema e os profissionais que atendem no SUS, tais como os psicólogos: “*Considerando esta nova proposta de política pública de saúde, a terapia cognitiva mostra-se uma eficaz ferramenta para a inserção do psicólogo nos serviços de saúde*”, ressaltam Rangé et al. (2011, p. 581). Com efeito, ressaltam os preceitos que norteiam o SUS, a importância da equipe multidisciplinar.

Um dos pilares da Teoria Cognitivo-Comportamental aponta para o fato de que o ambiente social no qual o indivíduo está inserido influencia sobremaneira as crenças sobre si e sobre o outro e são essas crenças que nortearão suas interações e pensamentos. Não o é diferente no que se refere aos assuntos ligados à saúde. Nesse sentido, é possível que haja entre nós uma crença de que somente os especialistas em saúde são os únicos responsáveis que compreendem e possam agir a fim de estabelecer a nossa saúde. Some-se ainda a posição passiva do usuário em não questionar nada a respeito de seu diagnóstico e medicações, entre outras particularidades.

Como já enfatizado neste estudo, o SUS opera com a prevenção e a assistência, que por sua vez estão classificadas em primária (serviços de baixa complexidade – prevenção de doenças), secundária (média complexidade – cuidado e cura) e terciária (alta complexidade - reabilitação e cuidados paliativos). (NASCIMENTO, 1999).

- No nível primário, psicólogos de todas as áreas devem atuar na equipe multiprofissional, com ações direcionadas a situações da saúde em geral, e não especificamente de saúde mental, com vistas a prevenir a necessidade de atendimento ambulatorial e hospitalar.
- Já no nível secundário, a atuação desses profissionais se dá no atendimento clínico individual ou grupal, trabalhando em ambulatórios e hospitais.
- Por fim, no nível terciário, essa atuação corresponde ao trabalho de reabilitação psicológica, mais complexa, pois o psicólogo tem de trabalhar com as causas que levaram o usuário a procurar o SUS e ainda reintegrá-lo à sociedade. Entre as atividades propostas para este nível estão: a assistência psicológica, os grupos psicoterápicos, a psicoterapia individual, a exploração de casos clínicos para psicodiagnóstico e a orientação a pacientes e familiares (NASCIMENTO, 1999).

Diante do exposto, é fácil perceber a atuação do psicólogo como fundamental nos três níveis e que os atendimentos psicológicos podem se dar tanto aos pacientes como para a equipe de saúde, tanto de forma individual como de grupo. São diversos os grupos que podem ser formados: gestantes, cardiopatas, diabéticos, de saúde mental, depressão, alcoolistas, drogados, fumantes, entre outros. Também podem participar de grupos os próprios profissionais da área da saúde, uma vez que se entende a complexidade de sua atuação, podendo resultar em transtornos psicológicos, tais como depressão, pânico e ansiedade, diante da precariedade que a área de saúde enfrenta no Brasil, com falta de leitos hospitalares, médicos, medicações e uma lista de espera cada vez mais crescente de usuários do sistema.

Muitos resultados positivos já podem ser sentidos em grupos de tabagismo e alcoolismo. Porém, há muito que ser feito, mudado e descentralizado no atual sistema vigente do SUS, uma vez que todas as práticas propostas pela TCC exigem uma continuidade, o pleno acompanhamento tanto do usuário como da família, principalmente em procedimentos de alta complexidade, como os transplantes, por exemplo, que exigem um novo *modus vivendi* e a sua reinserção no ambiente familiar e social, com uma nova visão de vida e entendimento de suas crenças, com a dissolução de muitas delas.

Pelo exposto, percebe-se a importância da atuação do psicólogo na saúde pública, desde que diferenciada e que saia dos padrões normais do atendimento clínico, uma vez que em suas atividades, esse profissional tem de levar em conta as questões precárias da saúde pública brasileira, tais como a ausência de um ambiente específico, da ausência de materiais apropriados, elevada demanda e ainda o pequeno período de duração da sessão etc. O psicólogo tem de ampliar suas possibilidades de ações, levando em grande consideração o diálogo.

Não o é diferente com o psicólogo cognitivo-comportamental que enfrenta as mesmas dificuldades, mas ao se levar em conta a brevidade e objetividade dessa técnica, esse profissional pode contribuir com programas de intervenções mais eficazes, considerando sobremaneira o ambiente em que o paciente está inserido e ainda suas principais queixas emocionais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo conclui por meio dos dados oriundos de pesquisa bibliográfica que essa área pode contribuir de forma expressiva, por meio de um conjunto de fatores à saúde do cidadão brasileiro, aqui exposto. Além da participação tanto na elaboração de políticas públicas em saúde e no aperfeiçoamento das já existentes políticas de assistência.

Foi possível observar a importância da participação do profissional psicólogo na prevenção e na assistência à saúde. Embora com menos intensidade, ainda é possível perceber certa resistência tanto por parte da população em buscar apoio na TCC como nos meios médicos, pois está cristalizada a crença que somente a alopátia pode solucionar as questões relacionadas à saúde.

Ainda outro fator foi percebido no desenvolvimento desta pesquisa: a crença de que o portador de transtornos mentais tenha de ficar isolado da sociedade, longe do convívio familiar e, conseqüentemente, permanecer internado por longos períodos. Nesse sentido, a TCC, ao tratar especificamente a forma como o usuário vê o mundo, como processa as informações, evidenciando que é o sofrimento psíquico que o leva a ficar doente e não os fatos em si, pode eliminar

definitivamente a possibilidade de internação e que as interpretações distorcidas podem se tornar conscientes e, portanto, modificadas. Também por se tratar de uma abordagem com grande número de técnicas que utilizam a brevidade e objetividade, o profissional cognitivo-comportamental pode contribuir com programas de intervenções mais eficazes.

Ainda, ao se levar em consideração a relação instituição SUS-usuário que se tem hoje no país, que é a da passividade, provocada pela verticalidade do poder, pelo pouco tempo de tratamento despendido nos três níveis citados neste estudo, fatos que não levam à cura, mas sim à dependência de um sistema que hoje está falido, tanto nos seus objetivos iniciais como economicamente falando, entende-se que, para que venha a atuar em um sistema com essas características, há muitas adaptações a serem feitas pelos terapeutas cognitivo-comportamentais, tais como o rompimento com essas práticas cristalizadas e a promoção de uma verdadeira mudança de mentalidade, com propostas de práticas integradoras e participativas. A atuação do terapeuta nesse cenário com caráter de prevenção e de assistência primária, com o entendimento de todas as suas características, é essencial para a descontextualização da prática do profissional psicólogo no SUS.

Finalmente, é importante reconhecer que várias barreiras já foram transpostas e que hoje o trabalho do terapeuta no SUS e nas políticas públicas já é reconhecido e recebe importância crescente. Mas outros desafios ainda precisam ser vencidos, principalmente no que se refere à capacitação desses profissionais com vistas ao sucesso nas terapias em grupo, que parece ser o caminho viável para se atingir outros patamares dentro do sistema. O assunto não se esgota aqui, pois é muito amplo, com muitas outras perspectivas a serem analisadas, porém sua contribuição é inegável.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Mitsuko Aparecida M. **A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição**. São Paulo: Unimarco Editora, 1999.

BARBOSA, J. I. C.; BORBA, A. O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 12 (1), 60-79, 2010.

BOTELHO, Adauto. Ensino e evolução da psiquiatria. **In: Jornal dos Clínicos**, Rio de Janeiro, (II): jun. 1933.

BRASIL. Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>. Acesso: agosto de 2015.

_____. Lei 8.080, 1990. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso: agosto de 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Portal Saúde. Mais sobre os serviços disponíveis em saúde mental, 2013. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>. Acesso: agosto de 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.

CREPOP. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Senhoras e senhores gestores da Saúde, como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS, 1 ed., Brasília, 2011.

DOBSON, D.; DOBSON, K.S. **A Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em evidências**. Artmed, 2011.

FALCONE, E. M. O; OLIVEIRA, M. S. (Org.). **Terapia Cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FRANKS, C. M. Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da terapia comportamental: uma revisão conceitual. In: V. E. Caballo (Org.), **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento** (pp. 3-22). Campinas: Editorial Psy, 1996.

GOODWIN, James C. **História da psicologia moderna**. Tradução de Marta Rosas. São Paulo: Cultrix, 2005.

LAKATOS, E. V; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOURENÇO FILHO. **Visão histórica sobre a psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: Melhoramentos, 1971.

NASCIMENTO, V. N. A. **Atuação de psicólogos na Saúde Pública do Município de Campo Grande: aspectos sobre prática e formação profissional**. 1999. 117 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 1999.

PAIM, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries: Saúde no Brasil 1. Revista The Lancet. Publicado online 09/05/2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf

QUINELLATO, Luciano. A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista. Dissertação. Fundação Getúlio Vargas. 25/08/2009.

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

SCHULZ, Duane P.; SCHULZ, Sydney Ellen. **História da psicologia moderna**. São Paulo. Editora Cultrix. 1981.

SERRA, Ana Maria Martins. Terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamental e terapia comportamental. **Artigo. Instituto de Terapia Cognitiva**. São Paulo: março de 2007. Disponível em: http://www.itcbr.com/artigo_drana_tc.shtml. Acesso em janeiro de 2016.

STERNBERG, Robert J. **Psicologia cognitiva**. Trad. Maria Regina Borges Osório. Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul, 2000.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica, R.; THASE, Michael, E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Tradução: Monica Giglio Armando. Porto Alegre. Editora Artmed, 2008.