Capítulo 2

Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde

Railda Fernandes Alves
Maria do Carmo Eulálio

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ALVES, RF., and EULÁLIO, MC. Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In ALVES, RF., org. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 65-88. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

2

Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde

*Railda Fernandes Alves
Maria do Carmo Eulálio*

O presente capítulo enuncia, enfaticamente, dois objetivos: o primeiro é demonstrar a importância das ações dos psicólogos no nível da promoção de saúde. O segundo, e principal, é apresentar, explicar e justificar a pertinência da intervenção do psicólogo na prevenção de enfermidades no âmbito da saúde pública/coletiva. A partir do desenvolvimento desses dois argumentos, propõe-se, sem ânimo de exaustividade, uma lista de atividades voltadas à prevenção de doenças para orientar minimamente as atuações do psicólogo nos três níveis de assistência de saúde.

Para dar um caráter mais didático ao texto, cada intervenção será vinculada a seu nível de atenção de saúde, de modo a destacar as diversas possibilidades desde, onde e quando fazer a prevenção.

Cabe sublinhar que a prevenção de doenças é, entre todas as novidades das intervenções psicológicas na saúde pública/coletiva, a menos desenvolvida e conhecida. Motivo pelo qual lhe será dada maior ênfase.

A ênfase sobre a prevenção indica, por um lado, uma pluralidade de ações e, por outro, uma dificuldade em adequar cada ação a seu nível de pertinência. Essa conjuntura deverá ter na Psicologia da Saúde seu suporte epistemológico e prático.

Promoção de saúde geral

Apesar de todas as discussões e avanços observados na formação acadêmica dos profissionais de saúde, hoje em dia, ainda se registram dubiedades quanto à compreensão dos conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças. Fenômeno que se explica pelo fato de que, algumas vezes, uma mesma intervenção sirva aos dois casos. Godoy (1999), preocupado em diferenciar a promoção de saúde da prevenção de doenças, define a promoção de saúde como

[...] o conjunto de atuações dirigidas à proteção, manutenção e aumento da saúde e, em nível operativo, ao conjunto de atuações (centradas no indivíduo e/ou na comunidade) relacionadas com o desenho, elaboração, aplicação e avaliação de programas e atividades direcionadas à educação, proteção, manutenção e acréscimo da saúde (dos indivíduos, grupos ou comunidades)" (p. 61-62).

Guibert Reyes, Grau Abalo e Prendes Labrada (1999) explicam a promoção da saúde associando-a a educação para a saúde, como se pode ver a seguir:

Promover saúde significa educar, ou seja, instaurar na população comportamentos que sejam realmente eficazes para a construção de uma saúde ótima. Isto requer a formação de novas condutas, a modificação de atitudes, e o fomento de crenças favoráveis através de diferentes tipos de relações funcionais: formulações verbais, campanhas, trabalho em grupo, intermediação em centros laborais, intersetorialidade, etc., que propiciem a condição de saúde, definindo também como esses comportamentos hão de se instaurar (p. 182).

Definir estas duas etapas da intervenção é difícil em razão da existência de uma relação dialética entre elas e ainda a falta de consenso nos meios acadêmicos, em relação à existência de uma hierarquia entre si. Na perspectiva aqui estabelecida, há de ficar claro uma relação hierarquizada entre as ações de **promoção de saúde e as de prevenção de enfermidades**, fato que implica em ser a promoção da saúde uma intervenção anterior à prevenção de doenças. Assim, a promoção deve ser pensada sobre a base do perfil epidemiológico da comunidade ou grupo específico no qual se deseja intervir; voltada à proposição das assistências antes mesmo do aparecimento das enfermidades; e, finalmente, que tenham um caráter amplo e respondam ao compromisso ético de melhorar o potencial de saúde socioecológico das comunidades. (Alves, 2008).

A prevenção de enfermidades

Tal como foi explicado anteriormente, a prevenção de doenças é posterior à promoção da saúde. Assim, depois de involucrar-se com a promoção de saúde, as intervenções do psicólogo se voltam para a prevenção de doenças nos diversos níveis de atenção de saúde.

Costa e López (1986), falando sobre prevenção, argumentam que esta pretende contribuir com a diminuição da incidência de enfermidades, a diminuição da prevalência, mediante o encurtamento do período de duração da doença ou a diminuição das sequelas e complicações da doença.

De acordo com a compreensão desenvolvida no âmbito deste capítulo, sobre os níveis de intervenção de saúde dos psicólogos, as ações que visam à diminuição da incidência das enfermidades são consideradas prevenção primária; as que visam à diminuição da prevalência são prevenção secundária; e a diminuição de sequelas e complicações das enfermidades são prevenção terciária (Alves, 2008; Alves et al, 2009).

Prevenção e intervenção primárias

O primeiro nível de intervenção psicológica se faz nos serviços de APS¹ e deverá ser realizada em duas etapas: no nível da prevenção primária e no da intervenção primária.

Prevenção primária

A prevenção primária deve estar diretamente relacionada e condicionada à promoção da saúde. Suas ações não devem dirigir-se a um indivíduo, senão aos planos de educação para a saúde, os quais devem ter como suporte conteúdos de outras áreas de aplicação da Psicologia (Psicologia

1 Atenção Primária de Saúde

do Trabalho, Psicologia Social, Psicologia Comunitária, Psicologia Educacional). Tem como característica central a atuação nos problemas epidemiológicos da população beneficiária e investe na construção de estilos de vida saudáveis e na evitação de comportamentos de riscos. Busca desenvolver práticas de prevenção que se prolonguem ou se utilizem durante toda a vida. Assim, a prevenção primária deverá ser realizada antes que se encontre um problema concreto. Para tal intervenção o conhecimento epidemiológico prévio do coletivo social a ser assistido deverá ser utilizado como guia das ações de saúde. Numa palavra: seria trabalhar com as possibilidades de que possa aparecer uma enfermidade.

O trabalho de Vázquez e Méndez (1999) sobre os procedimentos comportamentais para o controle da diabetes pode ser aqui utilizado como exemplo. Estes afirmam que os programas de educação diabetológica não devem ser dirigidos somente aos indivíduos afetados, como também aos seus familiares e cuidadores. Os objetivos deste programa se voltam ao treinamento de estratégias tanto para evitar a enfermidade, no caso de filhos e netos dos enfermos, como ao desenvolvimento de condutas favoráveis à adesão aos programas de tratamento dos familiares enfermos.

Ainda que se executem as ações de saúde mediante a observância dos planos elaborados a partir do conhecimento a priori do coletivo social beneficiário do serviço, o plano deve ter como meta o desenvolvimento da autonomia do coletivo em relação aos temas trabalhados e a ser melhorados. Quer dizer que o grupo deverá ser estimulado a tomar decisões no que se refere às atividades programadas no plano.

Intervenção primária

A intervenção primária pode ser explicada como uma intervenção direta sobre uma queixa detectada em um indivíduo ou em um coletivo social. Trata-se da primeira ação de saúde ante a presença de um problema que deverá ser identificado e orientado. Em seguida, se o caso necessitar de uma intervenção psicológica especializada será encaminhado a um dos outros níveis de atenção de saúde, já que neste nível a intervenção nunca deverá ser especializada.

A adequada abordagem dos problemas no nível primário poderia descongestionar os serviços de saúde nos níveis especializados. Nestes casos, dedicar-se-ia mais tempo para solucionar problemas mais complexos que necessitam maior atenção, já que muitos dos problemas trabalhados em APS seriam solucionados primariamente.

A intervenção primária do psicólogo na equipe de saúde, ainda que desempenhe um papel específico, deverá ser realizada numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. Ou seja, todo o trabalho necessita ser compreendido, planejado e executado em equipes multiprofissionais. Mas não só isso. Além de trabalhar em equipe multiprofissional, o psicólogo deve amparar sua intervenção num modelo de saúde-enfermidade-cuidado-vida-morte compreendido como um processo construído coletivamente, ainda que se revele nas pessoas individualmente.

Por isso, o psicólogo, para trabalhar neste nível de atenção de saúde, necessita transcender os conhecimentos psicológicos e somar outros sobre conhecimentos de epidemiologia, de políticas sociais, de antropologia da saúde, de sociologia da saúde, de educação para saúde, entre outros conhecimentos.

As intervenções do psicólogo na APS deverão priorizar a saúde geral. Sabendo-se que a APS é a porta de entrada

para todos os episódios relacionados à saúde-doença, o psicólogo terá de cumprir o seu papel acolhendo a todas as pessoas que ali cheguem. Entretanto, terá de ter clareza quanto ao que fazer na APS. Os casos pertinentes à saúde mental deverão ser encaminhados aos níveis especializados de atenção de saúde, quer seja o especializado ou o de alta complexidade.

Para atender a estas ações de saúde, o psicólogo deverá ter um perfil profissional que contemple os conhecimentos teóricos e técnicos de Psicologia (clínica, comunitária e social), bem como de outras disciplinas como epidemiologia, antropologia, saúde pública/coletiva, políticas sociais, políticas públicas de saúde, indicadores do desenvolvimento humano (IDH), além de uma ampla gama de conhecimentos.

Guia não exaustivo de atividades compatíveis com a prevenção e intervenção primárias:

- atuar na atenção básica de saúde/APS (compor as equipes e trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde da Família e Centros de Saúde);
- assistir os pacientes em consultas primárias. Trindade (2007) afirma que tal assistência não pode ser confundida, em nenhum caso, com a prática da psicoterapia;
- atuar na saúde geral dos coletivos sociais a serem assistidos;
- elaborar e implementar programas de promoção e de educação para a saúde (MARTÍNEZ, 2003);
- propor programas de humanização e melhoria da qualidade dos serviços (TRINDADE E TEIXEIRA, 2007);

- estudar o perfil epidemiológico dos coletivos sociais sob a responsabilidade profissional, visando a elaboração de um plano de intervenção primária;
- abordar temas/problemas de saúde coletiva, como: prevenção de transtornos alimentares; prevenção do abuso de drogas legais ou ilegais; desenvolvimento de estilos de vida saudáveis; evitação de comportamentos de risco; prevenção de enfermidades sexualmente transmissíveis; desenvolvimento das responsabilidades sobre a concepção ou evitação da gravidez indesejada; prevenção da violência (urbana, de gênero, do trânsito etc.); desenvolvimento de programas sobre sexualidade; programas particularmente voltados à saúde e melhoria da qualidade de vida de idosos, frente ao envelhecimento das populações, entre outros (SANTOS E TRINDADE, 1997; PÉREZ ÁLVAREZ, 1999) ;
- participar das reuniões das unidades básicas de saúde e das equipes de saúde;
- fazer uso das técnicas de dinâmica de grupos;
- propor e organizar grupos informativos (CARDOSO, 2002);
- fazer interconsulta com outros profissionais de saúde;
- apoiar os profissionais das escolas da comunidade sob sua responsabilidade através de orientações e da elaboração de programas de educação para a saúde;
- fazer encaminhamento a outros profissionais e/ou serviços tanto de saúde como sociais;

- dar assistência por telefone ou por Internet (FORTÍN E CONSENTIDO, 2007; FORTÍN, 2004; FREIRE E GRANDINO, 1999);
- fazer visitas domiciliares e assistências familiares etc.

Prevenção e intervenção secundárias

Prevenção secundária

Faz-se nos ambulatórios e/ou centros de especialidades. Seu principal objetivo é dar acompanhamento ao paciente ajudando-o no seguimento de seu tratamento, seja físico ou psicológico, com o objetivo de prevenir o agravamento da doença. Para atuar bem neste nível, os psicólogos da saúde devem lançar mão do conhecimento produzido através das investigações das causas e fatores associados à falta de adesão ao tratamento. Conhecer bem as características associadas à falta de adesão a determinados tratamentos facilita a formulação de programas preventivos, voltados à proposição de diversas atividades dedicadas a evitar comportamentos que reforcem a dificuldade de seguimento do tratamento.

Acerca da adesão é importante destacar a falta de consenso quanto ao uso desse termo. Friedman e DiMatteo (1989) preferem falar de cooperação para enfatizar a natureza bilateral das interações entre os profissionais de saúde e os enfermos. Rodríguez Marin (1995) considera que o cumprimento das pautas do tratamento é uma parte da adesão terapêutica. Maciá y Méndez (1996) e Ferrer (1995) empregam indistintamente os conceitos de ‘cumprimento ou adesão terapêutica’. Moore et al (2003) relacionam a falta de adesão aos erros médicos na condução do tratamento dos enfermos.

Ferrer (1995) acrescenta que, no idioma espanhol, nenhum dos termos utilizados parece representar exatamente

o sentido que se pretende atribuir entre o ajustamento às prescrições do profissional de saúde e a implicação ativa do paciente, a estas. Sugere que seja feita uma reflexão maior deste tema com vistas a lograr uma denominação de consenso que posteriormente seja empregada de forma habitual, evitando confusões, desconhecimento e incompreensão.

Martín Alfonso (2004) considera que é adesão terapêutica o termo mais adequado dentro dos propostos até o momento pelo sentido psicológico que este incorpora e a define como uma conduta complexa, porque reúne aspectos propriamente comportamentais a outros relacionais e volitivos que conduzem à participação e à compreensão do tratamento e do plano para seu cumprimento, por parte do paciente. Tudo isso em conjunto com o profissional de saúde, e a conseguinte resposta modulada por uma busca ativa e consciente de recursos para lograr o resultado esperado.

Epstein e Cluss (1982) afirmaram que um dos problemas mais difíceis que têm que afrontar os profissionais de saúde é a falta de seguimento ou a não adesão às prescrições de saúde, por parte dos pacientes. Segundo Peck e King (1985), as prescrições de saúde de larga duração apresentam menor seguimento que as de curta duração. As recomendações de larga duração apresentam baixo nível de adesão desde o início do tratamento e vai incrementando-se com o tempo. Quanto mais complexas são as demandas, mais difícil é seu cumprimento.

Vázquez e Méndez (1999) apresentam uma proposta de procedimentos comportamentais para o controle da diabetes. Em seus estudos, mostram a importância de conhecer os fatores que explicam tanto a adesão ao tratamento como a falta de seguimento do mesmo e apontam um conjunto de meios pelos quais se pode valorizar o apoio familiar no tratamento da diabetes e as habilidades de afrontamento. Assim, eles propõem alguns protocolos pertinentes às intervenções

comportamentais para o manejo da diabetes, ou seja, para promover e melhorar a adesão ao tratamento.

A condição crônica desse transtorno exige, de fato, o seguimento de algumas condutas durante toda a vida. Dentre os programas de Vázquez e Méndez (1999), é possível destacar os protocolos dedicados ao autocuidado para insulino-dependentes. O programa visa ao treinamento da autorregulação e o automanejo e consiste em reuniões semanais de uma hora de duração durante seis semanas. Nessas reuniões, utilizam-se leituras e discussões de material informativo e exercícios de modelado e “role playing”. Depois do treinamento, pede-se aos adolescentes que elaborem seu próprio programa de autorregulação para seu regime diabético.

O referido programa, aqui compreendido como de prevenção secundária, é um exemplo do nível de integração existente entre os demais níveis de saúde considerados em seus estatutos tanto de prevenção como de intervenção. Neste caso, para que se chegasse à elaboração, foi necessário antes uma investigação (intervenção de terceiro nível de saúde) da enfermidade e dos processos comportamentais que estariam em seu entorno. Também, ter-se-ão realizado as assistências primárias de saúde. De tal modo que a integração das assistências de saúde nos distintos níveis e seu caráter interdisciplinar é a condição básica para uma boa condução da saúde pública.

Com relação aos estudos sobre o papel do contexto social como fonte de estresse na diabetes, Hanson et al. (1989) estudaram os níveis de estresse e as estratégias de afrontamento relacionadas à adesão ao tratamento. Os resultados evidenciaram uma relação positiva entre as variáveis estudadas.

Surwit et al (1989) investigaram a efetividade do treinamento em relaxação frente à educação convencional para melhorar o controle metabólico. Seus resultados confirmaram que os sujeitos portadores da diabetes tipo II que

receberam o treinamento em relaxação, após oito semanas, melhoraram sua tolerância à glucose.

Labbé (1999), em seu estudo sobre a preparação psicológica anteprocementos de Ressonância Magnética Nuclear (RMN), afirma que a avaliação dos fatores contribuintes ao aparecimento de problemas psicológicos durante ou depois da RMN, pode prevenir que estes ocorram. Os fatores listados pela autora são: ansiedade, claustrofobia diagnosticada anteriormente, dor e conhecimento íntimo do corpo.

Algumas técnicas preventivas apontadas por Labbé (1999) ajudam a preparação do paciente para a submissão à RMN. Tais técnicas objetivam facilitar a realização da exploração e também prevenir problemas futuros no paciente. A partir das recomendações, pode-se inferir que, quando atuamos na investigação de quem são os que apresentam dificuldades em submeter-se à exploração por RMN, ou quem são os que apresentam problemas psicológicos após a exploração, nós estaremos nos dedicando à intervenção de terceiro nível de saúde, quer dizer, à investigação. Nesta direção, quando manejamos as técnicas de prevenção dos possíveis problemas decorrentes da exploração com a RMN, estamos atuando na prevenção de segundo ou de terceiro nível.

A atividade psicológica em nível de prevenção é para os psicólogos um desafio, porque ainda que seja realizada em algumas situações em que a equipe de saúde tenha saturado suas possibilidades de convencimento do paciente para que lhe ajude em seu tratamento, a intervenção do psicólogo é ainda um último recurso. De fato, isso deve ser negativamente criticado porque indica que o psicólogo não participou na elaboração do programa proposto ao paciente, desde o início de seu tratamento.

Intervenção secundária

Tem nas assistências especializadas a principal intervenção. Atende aos usuários derivados dos outros níveis de assistência proporcionando-lhes os tratamentos mais específicos. A atenção aos problemas de saúde mental tem aqui seus tratamentos mais específicos lugar apropriado.

A intervenção secundária é o campo tradicionalmente mais conhecido e desenvolvido tanto da Psicologia como das especialidades médicas em geral. Em termos da Psicologia, possui um fundamento teórico/prático bem sedimentado na Psicologia Clínica. Quer dizer, é o campo no qual se utilizam as técnicas mais tradicionalmente desenvolvidas a exemplo da psicoterapia.

Contraditoriamente, é o campo mais problemático quando se propõe sua aplicação em saúde pública/coletiva. Inúmeras investigações concluem que existe uma sobreutilização das intervenções especializadas no nível de APS, sem que os psicólogos percebam a inadequação entre suas práticas e seu nível de aplicação. Campos e Guarido (2007) e Dimenstein (2003), por exemplo, asseguram que a dedicação a 80% das atividades dos psicólogos de APS à psicoterapia individual lhes impede de desenvolver outras atividades importantes e mais apropriadas ao primeiro nível de atenção de saúde.

Atividades compatíveis com a prevenção e a intervenção secundárias:

- oferecer as assistências psicoterápicas em suas várias modalidades em todas as idades;
- realizar psicodiagnósticos diferenciais (mediante o uso de testes ou através de diagnósticos descritivos fenomenológicos;
- elaborar pareceres para responder às demandas de outros profissionais, inclusive para a justiça;

- realizar orientação e propor atividades de suporte social;
- atuar em conjunto com os demais profissionais de saúde e equipes de saúde básica e especializada;
- fazer encaminhamento de pacientes a outros especialistas e serviços;
- elaborar em conjunto com a equipe multiprofissional programas de seguimento/adesão de tratamentos médicos (enfermidades crônicas, enfermidades mentais, cânceres etc.);
- reunir e empregar o conhecimento da neuropsicologia, já que este é decisivo nos cuidados das demências e nas sequelas dos traumatismos do crânio (TRINDADE E TEIXEIRA, 2007).

Prevenção e intervenção terciárias

Prevenção de terceiro nível

Está involucrada com a assistência aos problemas de alta complexidade derivados dos outros níveis de atenção (1º e 2º) e com as pesquisas em saúde. Em geral, faz-se nos hospitais. Entretanto, pode também ser feita nos centros de especialidades. A prevenção terciária inclui o seguimento de pacientes em tratamento clínico, cirúrgico, quimioterápico e radioterápico.

De acordo com Antón e Méndez (1999):

as intervenções cirúrgicas são situações estressantes que implicam efeitos negativos ao funcionamento psicológico do enfermo, originando respostas de ansiedade, depressivas, transtornos do sono, da alimentação, etc. (p.227).

Assim, a preparação para as cirurgias é uma atividade muito corrente nas assistências aos adultos. “A *informação proporcionada antes da operação que, além de modificar as respostas cognitivas, pode produzir mudanças nas respostas psicofisiológicas*” (op. cit., p. 228). As técnicas de redução ou enfrentamento da ansiedade são também muito utilizadas nestas situações.

Com as crianças também se utilizam as informações preparatórias. Somam-se às informações, por exemplo, um passeio pelo hospital, a apresentação dos equipamentos hospitalares utilizados nas assistências. Técnicas que objetivam desmistificar a hospitalização e os procedimentos a que se lhes submeterá.

Yamamoto e Cunha (1998), em uma pesquisa sobre as ações dos psicólogos em hospitais, descrevem como atividades próprias do psicólogo hospitalar: a preparação dos pacientes para readaptação a nova situação pós-diagnóstico de câncer, SIDA ou outros. O objetivo destas ações é ajudar que estes pacientes desenvolvam uma nova expectativa de vida com outros valores capazes de dar-lhes o suporte necessário para enfrentar a nova realidade em consequência da doença.

As intervenções voltadas às famílias dos pacientes é uma importante intervenção preventiva. Promover a orientação e o preparo dos familiares ajuda a diminuir os impactos da notícia da doença e facilita a adaptação do grupo familiar à nova situação. O trabalho com as famílias é essencial,

sobretudo, nos casos em que as enfermidades não são conhecidas pelas famílias. Considerando-se a importância do papel familiar na recuperação dos doentes, o trabalho desenvolvido junto a esta enquadra, de forma positiva, a condição geral do paciente.

Intervenção de terceiro nível

A intervenção de terceiro nível, no âmbito da Psicologia da Saúde, tem na pesquisa uma de suas mais importantes atividades. O psicólogo da saúde investiga os fatores biopsicossociais que intervêm na etiologia dos problemas de saúde, analisando como o entorno sociocultural afeta a saúde/doença/cuidado/vida/morte em consequência dos estilos de vida.

No Brasil, de acordo com Yamamoto e Cunha (1998), as atividades de investigação do psicólogo da saúde estão muito relacionadas com as assistências desenvolvidas nos hospitais, e os temas onde se encontram o maior número de pesquisas se relacionam com a investigação dos diversos tipos de cânceres, das doenças infecto-contagiosas, das enfermidades provenientes de lesões medulares, das enfermidades pediátricas, dos problemas originários de setor de ginecologia e obstetrícia.

Andrasik et al (1999) recomendam que a epidemiologia deva ser situada nos primeiros degraus de qualquer projeto de pesquisa em Psicologia da Saúde. Estes projetos deverão dedicar-se à análise dos tipos de riscos aos quais, uma população está exposta, na busca de marcos precisos sobre o início e a manutenção da enfermidade.

De acordo com os citados autores, a aproximação epidemiológica é uma das formas mais significativas para a investigação e coleta de dados em Psicologia da Saúde, já que, por meio desta, é possível examinar os aspectos comportamentais, cognitivos, sociais, econômicos, evolutivos

e fisiológicos que tenham alguma relação com a saúde-doença.

Através da epidemiologia é possível conhecer dados sobre a prevalência e incidência das enfermidades. A prevalência remete ao número total de casos de uma doença manifestada em uma população em um período específico de tempo. A incidência indica a frequência de novos casos em um espaço de tempo determinado. A prevalência e incidência das doenças são processos muito estreitos e o conhecimento destes é uma condição básica de pesquisa em Psicologia da Saúde já que “[...] *permite ao pesquisador efetuar comparações entre diversos grupos de indivíduos. Ademais, a quantificação do risco constitui um elemento fundamental na formulação de políticas sanitárias [...]*” (ANDRASIK et al 1999, p. 261).

Antón e Méndez (1999), ratificando o objeto de investigação da Psicologia da Saúde, confirmam a antiguidade da existência de uma relação significativa entre os hábitos e a conduta, por um lado, e a saúde-enfermidade por outro. Nesta mesma linha, dizem que é recente a preocupação dos estudiosos em submeter à investigação científica a natureza de tais relações. A base de tais investigações é saber que

[...] *certos estados de enfermidade são causados por uma confluência de fatores biológicos, comportamentais, ambientais e sociais; e constatar-se que uns relativamente poucos fatores de risco, baseados no estilo de vida, são potencialmente responsáveis pela maior parte das principais causas de doença e morte precoce.* (ANTÓN Y MÉNDEZ, 1999, p. 217).

Friedman e Rosenman (1959) assinalam seis áreas principais em que se desenvolvem algumas das linhas de

pesquisa, a saber: 1 - Compreensão da gênese e manutenção dos problemas de saúde (enfermidades e repertórios de conduta, enfermidades e hábitos insalubres, padrão de conduta Tipo A que Friedman e Rosenman (1959) descrevem como: competitividade, necessidade de logro, agressividade, impaciência, inquietude, tensão da musculatura facial, sensação de estar constantemente pressionado pelo tempo, propensão a valorizar os acontecimentos como desafios pessoais e hostilidade); 2 – prevenção e promoção da saúde (Programas de atenção à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher, à saúde do homem², ao ancião e ao meio); 3 – facilitação e potenciação do diagnóstico e tratamento (Preparação para procedimentos médicos estressantes como: cirurgia, preparação para procedimentos médicos não cirúrgicos, preparação para a hospitalização); 4 – a adesão ao tratamento (definição e incidência, fatores que afetam, procedimentos de avaliação e intervenção); 5 – avaliação e tratamento dos problemas de saúde (dor, sistema neuromuscular, sistema circulatório, respiratório, gastrointestinal, dermatológico, endócrino, imunológico, visual); 6 – melhora do sistema de cuidados da saúde (variáveis físicas e organizativas do meio sanitário, formação e apoio dos profissionais da saúde, relação profissionais da saúde/pacientes).

Atividades utilizadas na prevenção e intervenção terciária:

- apoiar e orientar os pacientes hospitalizados;
- apoiar e orientar as famílias de pacientes hospitalizados;
- atuar nos cuidados paliativos (REVISTA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2006);

² Schraiber, Gomes y Couto (2005)

- assistir os profissionais de saúde – cuidar dos cuidadores (REVISTA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2006);
- fazer consulta/interconsulta com outras equipes de saúde;
- desenvolver atividades com crianças (recreação, por exemplo);
- preparar os enfermos para as cirurgias;
- assistir os pacientes hospitalizados em UTI (OLIVEIRA, 2002);
- estimular as crianças ingressadas em UTI neonatal;
- orientar as mães das crianças hospitalizadas;
- atuar nas urgências psicológicas através de plantões em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Centros de Assistência Psicossocial - CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de dia para idosos e outros);
- priorizar o desenvolvimento das atividades de pesquisa dos processos psicossociais da saúde-doença.

Considerações finais

Uma boa atuação dos psicólogos em saúde pública/coletiva deve ter em conta as possibilidades de intervenção nos diversos níveis de atenção de saúde, sopesando a adequação de cada ação em seu nível apropriado. É importante frisar que as intervenções de saúde primária objetivam a saúde geral através de ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de enfermidades; que as intervenções de saúde secundária devem voltar-se às assistências especializadas de seguimento, em que a saúde mental tem sua maior

expressão. E as assistências terciárias, prioritariamente, guiadas pelas pesquisas dos processos psicossociais da saúde-doença. Ainda que englobem também os cuidados de saúde geral de pacientes hospitalizados para tratamentos de alta complexidade.

A prevenção de enfermidades deve ser encarada de forma ampla, ou seja, como uma atividade pertinente aos diversos níveis de assistência de saúde e não somente aos serviços de assistência primária, devendo ser executada por todos os profissionais/equipes de saúde. Cada qual contribuindo com o seu conhecimento especializado à equipe multidisciplinar objetivando a compreensão do perfil epidemiológico do coletivo social assistido e à elaboração dos planos de intervenção.

A intervenção de psicólogos se amplia na direção de novos campos de saúde, como no caso da prevenção de enfermidades. De igual maneira, exige-se um olhar e um preparo destes profissionais mais compatíveis com os procedimentos psicológicos exigidos para sua intervenção em saúde pública/coletiva.

Referências

ALVES, R. F. Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal. 2008. 269 f. Tese de doutorado (Doctorado en Antropología) – Universidad de Granada, Granada, España. Editor: Editorial de la Universidad de Granada. D. L: GR. 1983-2008. ISBN: 978-84-691-5982-8.

ALVES, R. F. et al. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, n. 2, 2009. <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/> 1 ACESSO EM 13 DE OUTUBRO , 2009.

ANDRASIK, F. et al. Estrategias de investigación en psicología de la salud. In: SIMON, M. A. (Org.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, p. 259-306, 1999.

ANTÓN, D. M.; MÉNDEZ, F. X. Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. In: SIMON, M. A. (Org.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, p. 217-256, 1999.

CAMPOS, F. C. B. y GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In SPINK. M. J. P. (Org.) *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 81-103, 2007.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 22, n.1, p.2-9, 2002.

COSTA, M. Y LÓPEZ, E. *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.

DIMENSTEIN, M. Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. v. 13, n. 5, p. 341-345, 2003.

EPSTEIN, L. H. Y CLUSS, P. A. A behavioral medicine perspective on adherence to longterm medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, p. 960-971, 1982.

FERRER V. A. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev Psicol Salud*, v. 7, n. 1, p. 35-61, 1995.

FORTIM, I. Y CONSENTINO, L. M. *Psicología Ciência e Profissão*, Brasília, v. 27, n. 1, p.164-175, 2007.

FORTIM, I. Terapia on line e Orientação Psicológica: Diferenças. In: FARAH, M. (Org.). *Psicologia e Informática: o Ser Humano diante das Novas Tecnologias*. São Paulo: Oficina do Livro, 2004.

FREIRE, A. B. Y GRANDINO, P. J. Atenção em rede: o psicólogo e a comunidade. *Psi-Revista de psicologia social e Institucional*, v. 1, n. 1, 1999.

FRIEDMAN, H. S. Y DIMATTEO, M. R. Adherence and practitioner patient relationship. In: Friedman, H. S. Y DiMatteo, M. R. (Orgs.). *Health Psychology*. New York: Prentice Hall, p. 68-100, 1989.

FRIEDMAN, M. Y ROSENMAN, R. H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical association*, v.169, p. 1286-1296, 1959.

GODOY, J. F. Psicología de la salud: delimitación conceptual. In: SIMON, M. A. (Org.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, p. 61-62, 1999.

GUIBERT REYES, W.; GRAU ABALO, J. y PRENDES LABRADA, M. C. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Rev Cubana Med Gen Integr*, v.15, n. 2, p.176-183, 1999.

HANSON, C. L. et al. Coping styles in youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 57, p. 644-651, 1989.

YAMAMOTO, O. H. ; CUNHA, I. M. F. F. O. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v. 11, n. 2, Porto Alegre, 1998.

LABBÉ, E. E. Preparación psicológica ante procedimientos de resonancia magnética nuclear. In: SIMON, M. A. (Org.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y*

aplicaciones. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, p. 435-448, 1999.

MACIÀ, D.; MÉNDEZ. F. X. Evaluación de la adherencia al tratamiento. In: BUELA-CASAL, G.; CABALLO, V. E. Y SIERRA, J. C. (Orgs.). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, 1996.

MARTIN ALFONSO, L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, v. 30, n. 4, p. 0-0, 2004.

MARTÍNEZ, J. C. D. El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev Esp Salud Pública*, v. 77, p. 615-627, 2003.

MOORE, C. et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient setting. *J Gen Inter Med*, v. 18, p. 646-651, 2003.

OLIVEIRA, E. C. N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia ciência e profissão*, 22, v. 2, p. 30-41, 2002.

PECK, C. L. Y KING, N. J. Increasing patient compliance with prescriptions. *Journal of The American Medical Association*, v. 248, p. 2874-2877, 1985.

PÉREZ ÁLVAREZ, M. Promoción de la salud y iatrogenesis. In: SIMON, M. A. (Orgs.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, p. 155-176, 1999.

REVISTA CIÊNCIA E PROFISSÃO – DIÁLOGOS. *O crescimento dos cuidados paliativos*. Brasília, v. 3, n. 4, p. 18-19, 2006.

RODRÍGUEZ-MARIN, J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. In: Rodríguez

Marín, J. (Org.). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis, p.151-60, 1995.

SANTOS, A. C. y TRINDADE, I. Intervenção psicológica em programas de saúde para idosos. In: J. L. PAIS RIBEIRO (Org.). *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. ISPA. Lisboa: p. 385-398, 1997.

SCHRAIBER, L. B.; Gomes, R. y Couto. M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SURWIT, R. S. et al. Does relaxation therapy add to conventional treatment of diabetes mellitus?, *Diabetes*, v. 38, n. 2, 9 A, 1989.

TRINDADE, I Intervenção psicológica em centros de saúde. In: TRINDADE, I. Y TEIXEIRA, J. A. C. (Orgs.). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores, p.41-54, 2007.

TRINDADE, I y TEIXEIRA, J. A. C. Aconselhamento psicológico nos cuidados primários. In: TRINDADE, I. Y TEIXEIRA, J. A. C. (Orgs.). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores, p.105-118, 2007.

VÁZQUEZ, M. B. Y MÉNDEZ, F. J. Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. In: SIMON, M. A. (Org.) *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, p. 469-503, 1999.