

Psicologia social e saúde coletiva: Reconstruindo identidades

Social psychology and collective health: Reconstruction of identities

Silvia Gomes **Aguiar***

Telmo Mota **Ronzani****

Resumo

O presente artigo consiste em uma revisão bibliográfica que apresenta um breve histórico da psicologia no campo da saúde, mais especificamente da psicologia na saúde pública. Problematiza as práticas da psicologia tradicional neste contexto e apresenta algumas alternativas e propostas de atuação da psicologia na saúde coletiva, centrada principalmente nas ações de políticas de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde, tendo como embasamento teórico principal a psicologia social. Conclui-se que a psicologia social não é uma teoria totalizadora das possibilidades de intervenção e entendimento do tema em questão, porém se apresenta como um campo coerente e importante para as ações em saúde coletiva.

Palavras-chaves: Psicologia Social; Saúde Coletiva; Práticas em Psicologia.

Abstract

The present paper consists of a bibliographic revision that presents a brief history of the health field of Psychology, more specifically public health. Questions the traditional practises of psychology in this context and presents alternative proposals of collective health psychological practises. Specially centred on public health policy, health problem prevention and health promotion, it is based on Social Psychology theoretical framework. It is concluded that Social Psychology does not summarise the total of all possibilities of intervention and understanding about the theme in question, but it presents itself as a coherent field and it is important for actions in collective health.

Key-Words: Social Psychology, Collective Health, Psychological Practises

* Psicóloga, Residente de Psicologia no Hospital Universitário da UFJF.

** Psicólogo, Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Coordenador do Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS).

Contato: telmo.ronzani@ufjf.edu.br

Introdução

A constituição da Psicologia como campo de conhecimento e profissão faz-se no entrelaçamento de diversos saberes e acontecimentos de ordem social, política e econômica, como bem demonstra a história da psicologia.

Cruzamentos estes que foram produzindo diversos desdobramentos, gerando multiplicidade em termos de teorias e de práticas, na tentativa de dar conta das diferentes demandas cotidianas (Saldanha, 2004).

O psicólogo, como profissional, no Brasil, tem uma história muito recente.

Apesar de o ensino da Psicologia ser feito desde os anos 1930, foi somente em 1962 que a psicologia passou a existir como profissão (Dimenstein, 1998).

Assim, há três décadas os psicólogos garantiram um espaço institucionalizado de trabalho. Sabe-se que com a regulamentação, o psicólogo passou a atuar em basicamente quatro áreas: clínica, escolar, industrial e magistério, áreas que atualmente estão bastante ampliadas e que não correspondem mais ao universo de atuação do psicólogo brasileiro. Segundo Dimenstein (1998), a própria pressão do mercado de trabalho passou a impulsionar os profissionais para outros campos de atuação. A assistência pública, dentre estas novas áreas, foi para onde convergiu uma considerável parcela dos profissionais. “As quase três décadas desde que a profissão foi regulamentada foram acompanhadas de um alargamento dos campos de atuação do psicólogo, forjado pelo próprio crescimento do contingente de profissionais assim como pelo maior conhecimento de sua atividade e, conseqüentemente, pelo aumento da demanda por seus serviços” (Spink, 2003, p. 122).

Um marco importante sobre a inserção do psicólogo nos serviços de saúde ocorreu em São Paulo a partir de 1982, com a adoção de uma política explícita, por parte da Secretaria da Saúde, da desospitalização e da extensão dos serviços de saúde mental à rede básica. A política adotada pela Coordenadoria de Saúde Mental levou à criação de equipes de saúde mental integradas por equipes mínimas, das quais o psicólogo fazia parte, que passariam a atuar nos centros de saúde. “Constituíam-se, assim, uma rede de serviços teoricamente integrados com atuação nos

níveis primário, secundário e terciário” (Spink, 2003, p. 30).

Yamamoto (2003, p. 41), a respeito da situação profissional da psicologia no Brasil, comenta que o levantamento feito pelo Conselho Federal de Psicologia evidencia duas tendências: “de uma parte a manutenção da hegemonia clínica com relação às demais; de outra, uma ampliação das oportunidades profissionais, proporcionada pela abertura de novos espaços de inserção social”. Sendo que um destes espaços é o campo da saúde. Como diz o autor (op. cit, p. 48): “Um dos campos onde a psicologia tem mostrado maior inserção é o da saúde. (...) Os psicólogos ingressam no campo da saúde através de duas formas: nas Unidades Básicas de Saúde, articulados aos demais profissionais do campo, e nos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS)”.

Silva afirma que:

A psicologia clínica durante décadas foi pensada e planejada como disciplina autônoma. É relativamente recente sua inserção em instituições de saúde pública, nas diferentes instâncias de serviços. Com as modificações no sistema de saúde, a psicologia, bem como as demais profissões consideradas da área de saúde, que praticamente só eram absorvidas em instituições ambulatoriais e hospitalares, passam a ser incorporadas às Unidades Básicas. Isto se torna possível a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) (...) para que

se chegasse a um Sistema Único de Saúde que possibilitasse uma atenção integral à saúde (1992, p. 25).

Spink (2003) acrescenta ainda, em acordo com os autores anteriormente citados, que, até recentemente, o campo da atuação da psicologia se resumia a duas principais dimensões: em primeiro lugar, as atividades exercidas em consultórios particulares. Uma atividade exercida de forma autônoma, como profissional liberal e, de forma geral, não inserida no contexto dos serviços de saúde. A segunda vertente compreendia as atividades exercidas em hospital e ambulatórios de saúde mental.

No campo da saúde, a autora considera que importantes transformações ocorreram entre os anos 1970 e 1990 e possibilitaram a inclusão do psicólogo nas ações de saúde. Primeiro houve uma ressignificação da causalidade na explicação da doença, passando a ser vista como um processo e, especialmente, como um fenômeno complexo e transdisciplinar, que precisa ser abordado de forma integradora englobando as dimensões biopsicossocial. A nova linguagem abriu espaço para ação e explicação de cunho psicológico. As mudanças foram lentas, mas o espaço foi sendo conquistado, por exemplo, nos hospitais (Spink, 2003, p. 153).

A psicologia, embora intimamente relacionada ao conceito de saúde (definida pela Organização Mundial de Saúde como bem-estar físico, mental e social), como disciplina, chega tardiamente à área da saúde. Chega tarde neste cenário e “chega miúda, tateando, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica efetiva e as formas de incorporação do biológico e do social ao fator psicológico, procurando

abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a-histórico tão freqüentes na psicologia clínica tradicional” (Spink, 2002, p. 30).

Mais recentemente, surgiu no cenário da psicologia a psicologia da saúde, que tem se orientado mais pelos problemas vinculados ao desenvolvimento da saúde humana do que pela doença (Rey, 1997).

O desenvolvimento da psicologia da saúde estimulou o trabalho do psicólogo no âmbito da prevenção e da promoção da saúde, assim como sua participação em equipes interdisciplinares, tanto em instituições de saúde quanto em sua atuação no trabalho comunitário, tornando-se um espaço importante de prevenção e promoção de saúde. O desenvolvimento de uma psicologia comunitária orientada pelo trabalho nas áreas de saúde, independentemente das orientações teóricas às quais se filia, na verdade representou um questionamento aos estancos rígidos definidos nas pesquisas e nas práticas psicológicas (Rey, 1997).

Segundo Bock (2001, p. 30), o termo psicologia da Saúde aparece a partir do Seminário Internacional da Saúde realizado em Cuba e relatado no *Jornal do Psicólogo*, nº 11/84. Esta expressão ‘psicologia da Saúde’ também é usada por Spink (2003) como um novo campo do saber. Para Spink (2003), falar da psicologia da saúde como novo campo do saber parece ser, à primeira vista, uma temeridade. Afinal, os aspectos psicológicos da saúde/doença vêm sendo discutidos desde longa data, e os psicólogos já há muito vêm marcando presença na área de saúde mental. Entretanto, mudanças recentes na forma de inserção dos psicólogos na saúde e a abertura de novos campos de atuação vêm introduzindo transformações qualitativas na prática que requerem, por sua vez,

novas perspectivas teóricas. É isto, pois, que nos permite afirmar que estamos nos defrontando com a emergência de um novo saber.

Os fatores conjunturais (a maior aceitação da psicologia e o crescimento do número de profissionais), associados à postura crítica de certos segmentos da profissão, levaram à definição de novas áreas de atuação, buscando estender os serviços psicológicos às camadas mais pobres da população e, neste afã, ampliar o referencial teórico de modo a focalizar os problemas sociais mais amplos subjacentes à problemática individual. “Nesse processo, muitos psicólogos deslocaram suas atividades dos consultórios particulares, inserindo-se diretamente na comunidade ou nas instituições voltadas ao atendimento das camadas desprivilegiadas da população” (Spink, 2003, p. 122). Num processo de revisão dessas práticas e a busca por melhores formas de responder às necessidades dos diferentes locais de atuação, foi gerando novos campos de saber e ampliou sua inserção na saúde.

A Psicologia Social como alternativa para a nova prática

Na fomentação de uma nova política pública de saúde, abrem-se espaços de trabalho para a psicologia, que passa a problematizar a aplicação das práticas tradicionais em novo cenário de atuação. Outras ferramentas de intervenção – mais apropriadas para a efetiva inserção na área – devem ser construídas para o trabalho na Saúde Pública, a fim de que possam contribuir com as transformações propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Psicologia Social da Saúde, que compreende, em seus pressupostos, uma intervenção mais local e coletiva, tem

sido um importante campo de conhecimento e prática para construir formas diferenciadas de intervenção na saúde.

A psicologia social, tendo como arena de atuação a complexa relação entre a esfera individual e a social, tem necessariamente uma vocação interdisciplinar, sendo suas fronteiras permeáveis às contribuições de uma variedade de outras disciplinas afins (Spink, 2003). “Cabe à psicologia social recuperar o indivíduo na intersecção de sua história com a sociedade. Abandonar, portanto, a dicotomia indivíduo-sociedade” (Spink, 2003, p. 40).

A psicologia (social) comunitária utiliza-se do enquadre da psicologia social, privilegiando o trabalho com os grupos, buscando colaborar para a formação da consciência crítica e “para a construção de uma identidade social e individual orientadas por preceitos eticamente humanos” (Freitas, 1996, p. 73).

Segundo Ronzani & Rodrigues (2006), “a psicologia comunitária constitui um importante campo teórico-prático para o trabalho em APS, uma vez que pode possibilitar uma maior aproximação das questões de relevância social das comunidades” (p. 8). Costa e Lopez (1989) afirmam que é através da atuação da Psicologia Comunitária que programas de saúde podem ser aplicados ao âmbito local de cada comunidade. A Psicologia da Saúde e a Psicologia Comunitária estabeleceriam, assim, uma relação na qual esta última se converteria em um instrumento de implementação dos programas que envolvem conceitos da primeira. Seria através da Psicologia Comunitária, propõem Costa e López (1989), que os programas de saúde se tornariam ágeis e integrados ao tecido social em que os processos de saúde,

adoecimento e morte se dão, e é justamente nesse nível que a intervenção preventiva deveria ocorrer. Entretanto, o que se deve tentar obter da comunidade é que a mesma analise e modifique seus comportamentos tentando torná-los favoráveis à saúde. Assim, a Psicologia Comunitária seria um ponto de ligação entre o sistema de saúde e a comunidade, numa configuração dinâmica e móvel.

A Psicologia Social da Saúde configura-se como um campo de conhecimento e prática que trata das questões psicológicas com enfoque mais social, coletivo e comunitário voltado para a saúde. Segundo Marín (1995, apud Camargo-Borges e Cardoso, 2005), caracteriza-se pela interlocução da Psicologia Social – com seus conhecimentos e técnicas – com o âmbito da saúde e destaca a interação como ponto fundamental do processo saúde-doença. A interação refere-se tanto ao homem e seu ambiente quanto aos diversos atores sociais presentes no cuidado com saúde. O autor ainda salienta que todas as atividades da Psicologia Social da Saúde centram-se mais na busca de uma saúde integral e não somente na saúde mental.

Para Spink (2003), a psicologia social da saúde é como um campo ampliado de atuação do psicólogo nas instituições de saúde. Essa ampliação ocorreria, principalmente, em relação ao referencial de trabalho utilizado e exercido, pois, segundo a autora, a intervenção deve ser contextualizada, ou seja, é importante compreender toda a história e o contexto da instituição na qual será implementada uma ação, assim como as pessoas que compõem essa instituição. Faz-se necessário compreender que cada organização tem sua realidade local, sua cultura de relações e as histórias específicas das pessoas que recorrem a esses serviços.

A autora explica o que seria a Psicologia Social da Saúde:

A primeira característica é o compromisso com os direitos sociais pensado numa ótica coletiva. Foge, portanto, das perspectivas mais tradicionais da psicologia voltadas à compreensão e processos individuais ou intra-individuais. Dialoga com teorias e autores que pensam as formas de vida e de organização na sociedade brasileira contemporânea. Tende a pesquisar e atuar em serviços de atenção primária, em contextos comunitários, em problemas de saúde em que pesam a prevenção à doença e a promoção da saúde ou onde há necessidade de acompanhamento continuado (como as doenças crônicas e a saúde mental). Tende ainda a atuar na esfera pública (2003, p. 27).

Ainda a mesma autora coloca que a Psicologia Social da Saúde tem como características principais a atuação centrada em uma perspectiva coletiva e o comprometimento com os direitos sociais e com a cidadania. Rompe, portanto, com enfoques mais tradicionais centrados no indivíduo. A atuação se dá principalmente nos serviços de atenção primária à saúde, focaliza a prevenção da doença e a promoção da saúde, e com extrema importância o incentivo dos atores sociais envolvidos para a geração de propostas de transformação do ambiente em que vivem. Trata-se, portanto, de um processo de transformação crítica e democrática que potencializa e fortalece a qualidade de vida (Spink, 2003).

A Psicologia Social da Saúde objetiva trabalhar dentro de um modelo mais integrado, reconhece a saúde como

um fenômeno multidimensional em que interagem aspectos biológicos, psicológicos e sociais e caminha para uma compreensão mais holística do processo saúde-doença-cuidado. Dessa maneira sua inserção na atenção primária pode ser útil para contribuir na transformação das práticas em saúde rumo à integralidade (Camargo-Borges e Cardoso, 2005). Traz conceitos potentes e propostas de ação que muito se aproximam aos pressupostos de trabalho da atenção primária. Vemos que os dois discursos se organizam em torno de eixos que apostam na construção do fazer conjunto, coletivo e valorizam a localidade e as interações dela decorrentes.

Os pressupostos da Psicologia Social da Saúde ecoam, nesse modo de organização do trabalho, à medida que têm como ponto fundamental também a contextualidade e a interação com ações construídas coletivamente a partir das imprevisibilidades do cotidiano. Assim, tanto a ESF (estratégia de saúde da família) como esse campo da psicologia privilegiam o processo de produção de conhecimento e a construção das intervenções a partir das práticas sociais, dos processos interativos e da cultura. A proposta, portanto, é a de que qualquer entendimento do processo saúde-doença-cuidado possa ser analisado e referido a partir

de seu contexto, ou seja, a partir da compreensão de uma pessoa, pertencente à determinada família, inserida numa comunidade específica, e assim por diante (Camargo-Borges e Cardoso, 2005, p. 30).

Assim, a Psicologia Social da Saúde viria ao encontro da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente do Programa de Saúde da Família (PSF), no objetivo de construir um modelo de atenção à saúde pertinente à realidade local e gerador de interlocuções entre equipe de saúde e comunidade. Nesse sentido, a parceria pode ser útil para pensar discursos, na saúde, que propiciem a construção de espaços viabilizadores de acolhimento e a construção do vínculo, contribuindo para a reflexão e a problematização dessas práticas que se propõem coletivas.

A prática do psicólogo na atenção primária

Martinez Calvo (1994) coloca que a promoção de saúde se origina nas ciências que se ocupam do comportamento social.

Se nas propostas da atenção primária objetiva-se trabalhar com promoção, o interesse para a psicologia é evidente. As ações promocionais, segundo Calatayud, necessitam apoiar-se em conceitos puramente psicológicos, tais como: hábitos, atitudes, motivação, interações pessoais e familiares e habilidades. Faz algumas recomendações para o trabalho dos psicólogos: 1) identificar os problemas que requerem atenção prioritária; 2) para esta identificação, as informações sobre a comunidade são a fonte para a tomada de

decisões; 3) trabalhar em equipe com profissionais de outras disciplinas, compartilhando conhecimentos; 4) estimular a participação dos membros da comunidade, levando em conta sua opinião na definição das prioridades e as estratégias, tornando-os multiplicadores (Calatayud, 1999).

Segundo Calatayud (1999), há um conjunto de temas que geralmente aparecem como prioritários para a psicologia na atenção primária, “e este caráter prioritário se deve ao fato de que são temas que mais afetam o estado de saúde das pessoas, os quais se recebem a correta atenção, podem conduzir a melhorias importantes na saúde da população” (Calatayud, 1999, p. 169).

Como veremos adiante, cada um destes temas relaciona-se com aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Estes últimos nos servirão de pauta para guiar o trabalho do psicólogo na atenção primária.

1) Saúde Reprodutiva

Alguns problemas que afetam a saúde reprodutiva e podem ser abordados pela psicologia:

- práticas sexuais que conduzem a gravidez indesejada, ou contágio de doenças sexualmente transmissíveis;
- gravidez na adolescência;
- aborto induzido;
- comportamento de risco para o bom desenvolvimento da gravidez (álcool, drogas, etc.);
- preparação insuficiente da gestante e da família para os cuidados físicos e emocionais do recém-nascido;
- insuficiente conhecimento de comportamentos paternos que propiciem a satisfação das necessidades psicológicas do bebê no primeiro ano de vida.

Segundo o autor (op. cit., p. 172), tais questões podem ser trabalhadas com

grupos para adolescentes, gestantes, grupos com familiares das gestantes, grupos com mães a respeito das necessidades do primeiro ano de vida da criança, entre outros.

2) Saúde das crianças

Alguns problemas freqüentes que afetam as crianças e que podem ser abordados pela psicologia:

- ambiente doméstico prejudicial;
- maus-tratos à criança;
- dificuldades de aprendizagem.

Tais dificuldades podem ser abordadas, segundo Calatayud (1999), através de grupos com as crianças, para que elas coloquem suas dificuldades, intervenção junto aos familiares, identificação de ambientes familiares prejudiciais, entre outros.

3) Adolescentes

Os adolescentes constituem um grupo que abre espaço para várias possibilidades de trabalho. Podem ser abordados os seguintes temas, através de grupos, palestras, ou, se necessário, individualmente: início da vida sexual, gravidez indesejada, drogas, álcool, dificuldades familiares etc.

4) Idosos

Também os idosos são citados pelo autor como um grupo potencial de trabalho. Vários aspectos podem ser abordados. Entre eles: distância dos familiares, solidão, morte do cônjuge ou amigos, aumento das limitações físicas, tempo ocioso, diminuição da auto-estima, depressão etc.

Pelo que vimos até o momento, podemos considerar que existem diversos pontos em comum entre os princípios norteadores do PSF e aqueles que devem também subsidiar o trabalho do

psicólogo, como, por exemplo, o atendimento da demanda de acordo com as necessidades dos indivíduos (e não de cima para baixo); a busca do resgate da autonomia, da auto-estima e da cidadania; a ênfase na criação de vínculo entre o profissional e o cliente; a valorização dos saberes individuais e grupais; o respeito às diferenças; a relação de compromisso e co-responsabilidade dos profissionais com os usuários; a visão do humano como ser integral e não exclusivamente biológico; a valorização de ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde, e não somente cura e reabilitação; o enfoque centrado nas potencialidades para o crescimento e não apenas na erradicação do sintoma ou da doença; a valorização do contexto social, histórico, cultural, ambiente familiar e psicológico dos indivíduos, além da dimensão orgânica e fisiológica (Soares, 2003).

A finalidade do PSF, como já visto, é o acompanhamento da clientela, dentro do seu contexto sociocultural, de forma a aproximar a família, a comunidade e os profissionais, com vistas principalmente à promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida da população. A inserção do psicólogo na equipe de saúde da família também deve visar à promoção da saúde da população, no que concerne à atenção para os aspectos psicológicos, tanto em termos de prevenção quanto de promoção (Cardoso & Santos, 2000).

Cardoso (2002, p. 4) aponta como objetivos gerais da atuação do psicólogo no PSF, independente da clientela atendida, os de atuar junto à comunidade, fornecendo e difundindo informações sobre saúde mental; identificar pessoas portadoras de doenças orgânicas crônicas com comprometimentos emocionais que demandem assistência psicológica; possibilitar espaço terapêutico de trocas

de experiências, com vistas ao desenvolvimento das potencialidades das pessoas para atender às próprias necessidades, proporcionando, além da melhora do quadro clínico, a da sua qualidade de vida; atuar junto aos profissionais da equipe do PSF, para integrar esforços, estimular a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida e facilitar a avaliação e a evolução clínica.

O psicólogo pode abarcar ainda, além do atendimento individual, avaliação da demanda, estudos de caso e o incentivo para facilitação da comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde, já que muitas vezes os pacientes revelam dados nem sempre acessíveis à equipe. O teatro informativo pode ser utilizado para fornecer informações sobre o que é a psicologia e o trabalho do psicólogo, tais como seus objetivos, a questão do sigilo, a composição dos grupos, esclarecimento sobre as concepções errôneas a respeito da psicoterapia e do psicólogo. A visita domiciliar é outra atividade que auxilia na divulgação do trabalho, ajuda a conhecer um pouco da realidade das pessoas atendidas e, quando necessário, a prestar assistência psicológica a pacientes impossibilitados de sair de sua residência (Cardoso, 2002, pp. 05-06).

Dentro desta mesma idéia, Ronzani acrescenta que:

uma das funções do psicólogo pode ser o acolhimento dos novos pacientes, fazendo encaminhamentos, quando necessário, intervenção psicossocial, desenvolvendo oficinas terapêuticas, atendendo a

pacientes graves, fazendo visitas domiciliares e proporcionando suporte familiar, especialmente para aqueles portadores de transtornos mentais (Ronzani, 2001, p. 40).

Duran-González (1995 apud Ronzani, 2002) apontam que o profissional de APS deve estar capacitado para proporcionar mudanças de atitudes da população; entrar em contato com indivíduos que possam influenciar diretamente nas práticas de saúde da população. O psicólogo então se torna um ator importante na medida em que pode promover a participação da comunidade no autocuidado e ainda ser o ponto de intersecção entre a população e a equipe de saúde.

Da formação à ação.

Pensar a atuação do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde não é uma tarefa fácil. O tempo de inserção destes profissionais é relativamente pequeno; há um contingente reduzido de profissionais atuando na área — apesar de vir aumentando gradativamente — existem poucas pesquisas mais sistemáticas, tanto nacionais quanto locais, sobre a atuação do psicólogo neste campo específico de trabalho (Dimenstein, 1998).

Nas palavras de Dimenstein, é possível apontar que tais dificuldades encontradas pelos psicólogos para a realização da Psicologia nas Unidades Básicas de Saúde no país advêm tanto da inadequação da sua formação acadêmica para o trabalho no setor, quanto seu limitado modelo de

atuação, bem como as dificuldades de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional (Dimenstein, 1998, p. 71).

A inserção em instituições públicas ou na comunidade parece ser bastante problemática tanto no que se refere às dificuldades externas, relativas à falta de recursos, quanto à ausência de modelos de atuação, apontando aí carências de uma formação acadêmica mais voltada ao modelo clínico hegemônico (Spink, 2003, p. 122).

O conhecimento e as técnicas dos quais lança mão a Psicologia da Saúde são freqüentemente oriundos da clínica e naturalmente passam por uma série de adaptações que se configuram em uma verdadeira reconstrução da atividade e da identidade do psicólogo e da Psicologia. As implicações da atuação ou reinserção do psicólogo no campo da saúde são de natureza complexa e envolvem desde um treinamento específico para atuar neste campo — treinamento que não tem sido observado na grande maioria dos cursos de graduação — até o equacionamento mais otimizado possível de uma resistência que é exercida por outros profissionais, tradicionalmente atuantes na área, em frente da “a aparente inutilidade da atuação dos psicólogos no campo da promoção da saúde e da alta demanda para a atuação no modelo clínico” (Spink, 1992).

Essa resistência não é pequena e também não parte exclusivamente dos profissionais já firmemente estabelecidos no campo da saúde, mas também do próprio psicólogo que não (re)conhece as possibilidades de sua atividade (Silva, Oliveira e Franco, 1998).

As perguntas que se impõem são: Como se configura a prática deste campo? É possível uma atuação junto à

comunidade? Que papel terão as práticas usualmente utilizadas na Psicologia Clínica? Yamamoto (1996) faz a mesma pergunta: O arsenal teórico-prático de que dispõe a Psicologia pode ser aplicado em novos campos que a Psicologia desbrava? O autor nos assegura que as respostas a essas questões não são simples e ressalta que não basta mudar de cliente; é importante que, além de mudar de cliente, o psicólogo realize uma revisão daquilo que teoricamente embasa sua atividade (Yamamoto, 1996, apud Silva, Oliveira e Franco, 1998).

Considerando, então, que a formação básica do psicólogo privilegia a atuação clínica, centrada no indivíduo e localizada no consultório, é comum a mera transferência do referencial teórico obtido na graduação, para o contexto institucional.

Spink (2003, p. 134) sustenta que a prática em instituições requer uma expansão do referencial teórico utilizado em dois sentidos:

- a) expansão do referencial contextual, ou seja, a busca de dados que permitam melhor localizar o psicólogo e outros atores envolvidos na dinâmica social e/ou institucional;
- b) “expansão do referencial teórico, no sentido de conseguir trabalhar com alteridade, ou seja, com a perspectiva de um “outro” definido culturalmente como diferente do eu”.

O que está em pauta no primeiro caso é a compreensão das determinações sociais mais amplas que afetam a relação profissional do psicólogo e as pessoas ou grupos que recebem algum tipo de intervenção. Já no segundo caso, o que está em pauta é a aceitação de uma realidade multiforme, cuja definição, ou mesmo a percepção, é fruto de uma sociedade determinada e, dentro desta, de classes e segmentos sociais específicos.

Dessa forma acreditamos que, ainda hoje, os psicólogos buscam um modelo para “fazer psicologia” nos serviços de saúde. Reconhecemos que o trabalho é complexo e requer do psicólogo um embasamento amplo de várias áreas do conhecimento. É um modelo que está continuamente sendo feito, uma identidade sendo formada:

Acreditamos que podemos ser mais úteis ao campo da assistência pública à saúde a partir do momento que nossa cultura profissional passe a fornecer modelos mais ampliados de atuação, os quais não se revelem como barreiras à troca de saberes com outros profissionais, e que o psicólogo possa se reconhecer como um trabalhador da saúde, preocupado com a promoção do bem-estar da população (Dimenstein, 1998, p. 77).

Discutir a formação necessária para a inserção institucional do psicólogo na área da saúde exige um momento anterior de reflexão sobre as especificidades desta prática. Ao procurar entender e pensar a formação do psicólogo para a prática em instituições, estamos, na verdade, buscando subsídios para a sua inserção em uma organização. Entretanto, esta organização é sobredeterminada por normas gerais, que estão intimamente ligadas às representações coletivas que, com o passar dos anos, atingem o estatuto de normas universais ou leis (Spink, 2003). A compreensão do processo de institucionalização destas normas e,

portanto, a compreensão do pano de fundo que formata o cenário no qual se desenvolve nossa prática é obviamente um ingrediente importante para um desempenho profissional consciente e conscientizador.

A inserção do psicólogo no campo da saúde tem se mostrado, nos diferentes estudos já realizados, (Campos, 1992; Spink, 2003; Ronzani, no prelo) difícil, tanto por questões externas quanto por falta de modelos de atuação, o que se relaciona também com o modelo da formação hegemônico mais voltado para a clínica.

A formação acadêmica está longe de contribuir com uma inserção inovadora e mais coerente com as práticas sociais e com o SUS, mas há também incertezas e dúvidas diante das mudanças, da invenção. O Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em especial o Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPS), vem há algum tempo se preocupando com a formação crítica e inovadora na área de psicologia e saúde, proporcionando experiências junto aos serviços de APS de Juiz de Fora e região, bem como produzindo pesquisas junto com alunos de graduação e pós-graduação. Alguns resultados positivos já podem ser observados na formação dos alunos, aumentando a preocupação em desenvolver ações contextualizadas e criativas junto aos problemas da população brasileira. Mas ainda há um longo caminho a percorrer para uma consolidação ainda maior dessa área.

Objetivamos aqui demonstrar várias frentes de trabalho que podem ser assumidas pelo psicólogo no campo da saúde coletiva. A psicologia social da saúde é apresentada como referência que não se esgota como ferramenta de compreensão e intervenção, mas é

congruente com a demanda da atenção primária.

Referências

- Bock, A. M. (1999). Superando as concepções tradicionais: o ponto de vista das entidades. In A. M. Bock. *Aventuras do Barão de Munchausen na psicologia*. São Paulo: EDUC/Cortez.
- Calatayud, F. M. (1999). *Introducion a la psicología de la salud*. Havana: Editora Paidós.
- Cardoso, C. L. (2002). A inserção do psicólogo no Programa de Saúde da Família. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 22 (1), 2-9.
- Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: Compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*, 17 (2), 26-32.
- Costa, M., & López, E. (1989). *Salud Comunitária*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 53-81.
- Freitas, M. F. Q. (1996). Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia Social Comunitária. In R. H. F. Campos (orgs.). *Psicologia Social e Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 54-81.

- JACKSON, A. L.; CAVALLARI, C. D. (1991). Estudo sobre a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. *Cadernos CRP-06*. São Paulo: 07-31.
- Oliveira, I. F. (2004). O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Formação acadêmica e prática profissional. *Interações: Estudos e pesquisas em Psicologia*, 9 (17), 71-89.
- Rey, G. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 10 (2), 275-288.
- Ronzani, T. M. (2002). *Novas políticas e velhas práticas: um estudo sobre identidade de médicos de PSF*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Ronzani, T. M. & Rodrigues, M. C. (2006). O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 26 (1), 132-143.
- Saldanha, O. M. F. L. (2004). *Psicologia e Saúde: Problematizando o Trabalho do Psicólogo nas equipes Municipais de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Retirado em 05/12/2005 da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br>.
- Silva, L. A., Vasconcelos, O., Franco, R. F. & Silva, A. L. (1998). Inserção do psicólogo em programas de atenção primária à adolescência: uma experiência em Salvador-Bahia. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 11 (3), 605-620.
- Silva, R. C. D. (1992). A formação da psicologia para o trabalho em saúde pública. In F.C.B. Campos, *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 11-23.
- Soares, C. T. (2003). *Des-cobrimos Caminhos: Possibilidades de Atuação do Psicólogo no Programa de Saúde da Família*. Monografia de conclusão de curso, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Spink M. J. (1992). Psicologia da saúde: A estruturação de um novo campo de saber. Em: F.C. B. Campos, *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 11-23
- Yamamoto, O. H. (2003). Questões sociais e políticas públicas: revendo o compromisso da psicologia. In: A. M. B. Bock. (Org.), *Psicologia e compromisso social* (pp. 37-54). São Paulo: Cortez.