

1. PSICOLOGIA DA SAÚDE

A estruturação de um novo campo de saber*

SPINK, MARY JANE P. Psicologia
social e saúde: práticas, saberes
e valores, Vozes, 2003

Falar da psicologia da saúde como novo campo de 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 tempo 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 nos estamos defrontando com a emergência de um novo campo de saber.

Partimos, assim, da constatação de que a psicologia, em um primeiro momento, entra para o rol das profissões ditas "da saúde" através da aplicação de um *know-how* técnico - derivado da experiência clínica - sem a contrapartida do questionamento desta transposição de técnicas de uma esfera para outra. Aos poucos, entretanto, o saber acumulado na prática, a necessidade de contextualizar esta prática e a própria ampliação no número de psicólogos envolvidos nesta área determinam o surgimento de condições apropriadas para a estruturação de uma psicologia da saúde. Campo esse que, por situar as questões da saúde na interface entre o individual e o social, configura-se como uma área de especialização da psicologia social.

É esta contraposição entre o saber psicológico especificamente voltado às questões da saúde/doença e a prática psicológica nesta área que será o objeto da reflexão empreendida neste texto.

A psicologia, embora intimamente relacionada com o conceito de saúde (definida pela Organização Mundial da Saúde como o bem-estar físico, mental e social) como disciplina, chega tardia-

* Originalmente publicado em Campos (s.d.).

TEXTO 8 (Psicologia e Saúde)

mente à área da saúde. Temos, atualmente, uma Sociologia da saúde, uma antropologia da saúde e, até mesmo, uma economia da saúde com campos bem delimitados e uma vasta produção científica, e com atuação bem definida nos departamentos de Medicina Social e Preventiva das escolas médicas. A psicologia 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 fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a-histórico tão frequentes na psicologia clínica tradicional.

A psicologia – ao contrário das outras disciplinas mencionadas – tem aplicações práticas na área da saúde, e a emergência da psicologia da saúde, como campo de saber, está intimamente relacionada com as transformações que vêm ocorrendo na inserção do psicólogo na saúde. Até recentemente o campo de atuação da psicologia se resumia a duas principais dimensões: em primeiro lugar, as atividades exercidas em consultórios particulares, restritas a uma clientela derivada das classes mais abastadas. 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 hospitais e ambulatorios de saúde mental. Atuação essa que, até recentemente, estava subordinada aos paradigmas da Psiquiatria, sendo desenvolvida dentro do enfoque, então predominante, de intervenção e medicação.

Havia, é claro, formas alternativas de inserção. Na área clínica, o trabalho desenvolvido por algumas clínicas-escola junto a comunidades, trabalhando com segmentos menos privilegiados da população, possibilitou uma reflexão sobre o conceito de saúde mental e a contribuição potencial da psicologia. Nos demais serviços de saúde, embora com participação incipiente, o trabalho conjunto com médicos e outros profissionais em hospitais e consultórios permitiu aperfeiçoar técnicas de diagnóstico e intervenção. Tendo em vista o grande desenvolvimento das técnicas comportamentais – por exemplo, o *biofeedback* –, englobadas pelo termo genérico de medicina comportamental. Mas, de maneira geral, esses psicólogos, trabalhando de forma isolada, acabavam por adotar a perspectiva médica, ignorando outras dimensões, entre elas a própria natureza da prática médica. Sua inserção na equipe era,

frequentemente, como facilitador do processo de tratamento, havendo – com raras exceções – poucas oportunidades para contribuir nesse processo como profissional autônomo. Nesta perspectiva, caberia aos psicólogos preparar o paciente para a cirurgia e outras intervenções e, de modo geral, *segurar a barra* quando o paciente expressasse suas emoções, restituindo-o ao papel de agente passivo.

A grande virada, no que diz respeito à inserção dos psicólogos nos serviços de saúde em São Paulo, ocorreu a partir de 1982, com a adoção de uma política explícita, por parte da Secretaria da Saúde, de desospitalização e de extensão dos serviços de saúde mental à rede básica. A implementação dessa política ainda tão recente a ponto de não permitir uma avaliação foi o resultado de uma longa batalha entre psiquiatras tradicionais e alternativos, batalha essa que tem suas origens na divulgação do trabalho de Franco Basaglia na Itália.

Não cabe aqui, evidentemente, resgatar a história dessa luta ou o estado atual da questão. O que importa, considerando a constituição da psicologia da saúde como um campo de saber, é apontar que a política adotada pela então Coordenadoria de Saúde Mental levou à criação de equipes de saúde mental integradas, minimamente, por um psiquiatra, um assistente social e um psicólogo, que passaram a atuar nos centros de saúde do Estado. Constituiu-se, assim, uma rede de serviços teoricamente integrados com atuação nos níveis primário, secundário e terciário.

A constituição dessas equipes e sua inserção nos centros de saúde não foi um processo simples. De um lado, houve resistência por parte dos demais profissionais que não compreendiam o papel atribuído aos membros dessas equipes. De outro lado, faltava o embasamento teórico-prático necessário para a compreensão dessa nova forma de atuação que fugia aos parâmetros da atuação tradicional dos profissionais que as integravam. O depoimento de uma psicóloga entrevistada no decorrer de uma pesquisa sobre a prática profissional em unidades básicas realizada por Spink (1985) ilustra bem este dilema:

Nos primeiros dias foi horrível porque ninguém sabia o que eu vinha fazer aqui, e eu também não estava sabendo bem o que eu estava fazendo aqui. Porque prática de faculdade, né, você atende o pacientezinho lá, tem acompanhamento e tal. Mesmo em consul-

tório... não tem nada a ver. Eu entrei sozinha, não tinha o assistente social... bem perdida. Pensei: aí, meu Deus, o que é que eu vou fazer aqui?

Ou seja, como atuar? Onde atuar: com a comunidade, com os usuários, com os profissionais? Manter o papel tradicional de psicodiagnóstico e terapia individual ou grupal?

Acompanhei esse processo de questionamento e revisão de perto através de meu envolvimento em várias pesquisas relacionadas à prestação de serviços de saúde e vi delinearem-se novos campos de atuação. Por exemplo, acompanhei um projeto da então Coordenadoria de Saúde Mental que visava a implantação do Programa de Saúde Integral da Mulher. Vale apontar, como desdobramento desse projeto, para o fortalecimento do papel do psicólogo no treinamento de recursos humanos para atuação nesse programa e o surgimento de novas áreas de pesquisa, ampliando-lhe o objeto de modo a incorporar não apenas os usuários como também os prestadores de serviço e o próprio processo de saúde-doença.

Aliás, as implicações das transformações ocorridas na inserção do psicólogo nos serviços de saúde para a constituição de um campo específico de saber são apontadas também no caso de outros países, por exemplo, Inglaterra e Cuba. Na Inglaterra tem havido uma expansão paulatina no número de cargos para psicólogos em serviços de saúde voltados ao atendimento primário, sendo raro, hoje em dia, não haver um departamento de psicologia clínica vinculado ao sistema de médicos generalistas encarregados da atenção primária. Marteu & Johnson (1987), em artigo sobre a psicologia da saúde na Inglaterra, sugerem que essas novas formas de inserção poderiam estar relacionadas à crise vivenciada atualmente pela medicina: relacionadas pois

À crescente insatisfação com a medicina moderna, particularmente com a impossibilidade de esta englobar a nova epidemiologia que incorpora fatores psicológicos, sociais e econômicos; e ao desenvolvimento de terapias psicológicas para queixas físicas que leva ao reexame da validade do dualismo cartesiano mente-corpo que continua a embasar a medicina moderna (p. 82).

Quanto a Cuba, de acordo com Averbasturi (1985) – então chefe do Grupo Nacional de Psicologia do Ministério de Saúde Pública e

autora de um artigo sobre a psicologia social da saúde na América Latina –, foi esse o único país da América Latina, e talvez do mundo, que conseguiu integrar plenamente a prática psicológica aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção – primário, secundário e terciário – com participação não apenas nas práticas assistenciais, como também nas áreas de pesquisa e formação de recursos humanos. Participação essa que data de 1968, quando foi elaborado o Plano Nacional de Atividades de Psicologia para a Policlínica, ocasião em que o psicólogo foi integrado, pela primeira vez, à equipe de saúde.

Dessa forma, em Cuba, a psicologia da saúde ampliou seu objeto de estudo, que passou a englobar não apenas os processos psicológicos e psicopatológicos que caracterizavam a psicologia clínica tradicional, como também o conhecimento dos processos sociopsicológicos relevantes para a manutenção da saúde e a compreensão da origem e do desenvolvimento da doença e dos diversos aspectos da prática médica, entre eles a relação médico-paciente, a satisfação da população com os serviços, as formas de utilização dos serviços e a participação da comunidade em sua avaliação.

É fácil constatar e até mesmo buscar dados quantitativos para comprovar a ampliação do papel do psicólogo na área da saúde e a consequente ampliação de seu objeto de estudo e intervenção. Por exemplo, temos como evidência do crescente interesse pela saúde a multiplicação de revistas especializadas (*Health Psychology, The Journal of Behavioural Medicine, Psychology and Health*, entre outras); a formação de divisões de psicologia da saúde em associações de psicologia nacionais e estrangeiras; a organização de congressos específicos; e o aumento bastante visível da participação de psicólogos nos serviços de saúde, seja no nível do atendimento direto a pacientes ou, como psicólogos sociais, nas atividades de docência e pesquisa. Entretanto, o que está em pauta é a constituição de um novo campo de saber – a psicologia da saúde –, e não se constrói uma disciplina apenas através do relato das práticas a ela associadas. Voltarei minha atenção, portanto, aos modelos explicativos e aos marcos teóricos dessa disciplina.

Examinando as bases existentes para o desenvolvimento de um marco teórico adequado à psicologia da saúde constata-se

três problemas. Em primeiro lugar, o predomínio do modelo psicodinâmico no ensino da psicologia no nível da graduação, com ênfase nas aplicações clínicas na área da saúde mental e total ausência das temáticas relacionadas à saúde pública. Embora a psicologia ocupe um lugar de relevo entre as profissões de saúde que apoiam a prática médica – seja pelo número de profissionais aí empregados ou pela especificidade de sua contribuição – o contexto de sua atuação, isto é, a organização dos serviços de saúde, é totalmente ignorada nos cursos básicos.

Em segundo lugar, vale apontar a predominância dos enfoques em que o indivíduo é tratado como ser abstrato e a-histórico, desvinculado de seu contexto social. É pouco frequente no treinamento do psicólogo a introdução de temas macrosociais que possibilitem uma discussão das determinações econômico-sociais dos fenômenos psicológicos. A incorporação do social se dá, portanto, de forma reducionista atendendo-se muitas vezes a categorias estanques como classe social que, embora permitindo a manipulação estatística das variáveis, não contribuem para a compreensão do social como processo.

Finalmente, merecem realce, também, a hegemonia do modelo médico na definição do objeto de investigação e a ausência de paradigmas verdadeiramente psicológicos para o estudo do processo saúde/doença. O modelo médico vigente está embasado no paradigma da medicina científica, ou seja, no corpo de conhecimentos derivados empiricamente e que é compartilhado como “verdade” pelo conjunto dos profissionais médicos. Ao adotar essa perspectiva, o comportamento do paciente passa a ser avaliado, antes de mais nada, em função de sua adequação ao saber médico oficial. Se o paciente não segue o tratamento proposto, seu comportamento será definido como rebelde, ou pior, como ignorante.

Marteau & Johnson (1987) propõem algumas explicações para a hegemonia do modelo médico em boa parte das pesquisas no campo da psicologia social da saúde. Essa hegemonia reflete, antes de mais nada, a aceitação da autoridade do profissional na relação com o paciente, fruto da formação clínica predominante entre os psicólogos. Nesse contexto, nada mais fácil a aceitação da autoridade da profissão dominante na saúde: o médico. Reflete,

ainda, a crença na verdade absoluta das ciências naturais. Estando o saber médico embasado nesta verdade, a variância e o desvio da norma deverão ser buscados algures, ou seja, no paciente. E, finalmente, reflete a forma de inserção do psicólogo no setor saúde, sendo predominantes a falta de autonomia e a subordinação ao médico, o que não encoraja um saber independente. Em síntese, a formação recebida nos cursos de graduação e a forma de inserção do psicólogo no setor da saúde pouco contribui para a compreensão das formas e da dinâmica da prática médica e da organização dos serviços de saúde. Sem essa compreensão, será difícil situar corretamente a contribuição da psicologia na explicação e/ou intervenção no processo saúde/doença.

O momento vivenciado atualmente no processo de constituição da psicologia da saúde é, talvez, mais bem apreendido quando equacionado à constituição da medicina social como campo de saber. Fruto da crise da medicina oficial nos anos pós-guerra e da constatação de que seria preciso formar um profissional mais compatível com a situação de saúde vigente nos países do Terceiro Mundo, a medicina social foi introduzida na América Latina a partir dos anos 50 através de esforços conjugados da Organização Pan-americana de Saúde e da Fundação Milbank. O objetivo inicial era estimular a contratação de cientistas sociais pelas escolas médicas, de modo a modernizar o ensino médico e estimular a consciência social desses profissionais.

Inicialmente, visto que os cursos básicos em ciências sociais não incluíam, em seus currículos, a questão saúde, havia grande heterogeneidade entre os professores contratados, seja quanto aos marcos teóricos adotados ou aos métodos de pesquisa. O processo de constituição dessa área levou cerca de vinte anos, tendo começado nos anos 50 e se concretizado por ocasião da reunião de Cuencas, no Equador, em 1972. Período esse que foi caracterizado por, pelo menos, três etapas:

- 1) O despertar do interesse pelo processo saúde/doença, caracterizado por grande diversidade metodológica e por uma vigorosa troca de experiências através da organização de seminários regionais;
- 2) A concretização do “cimento ideológico” entre os integrantes do grupo, predominando a crítica ao positivismo e

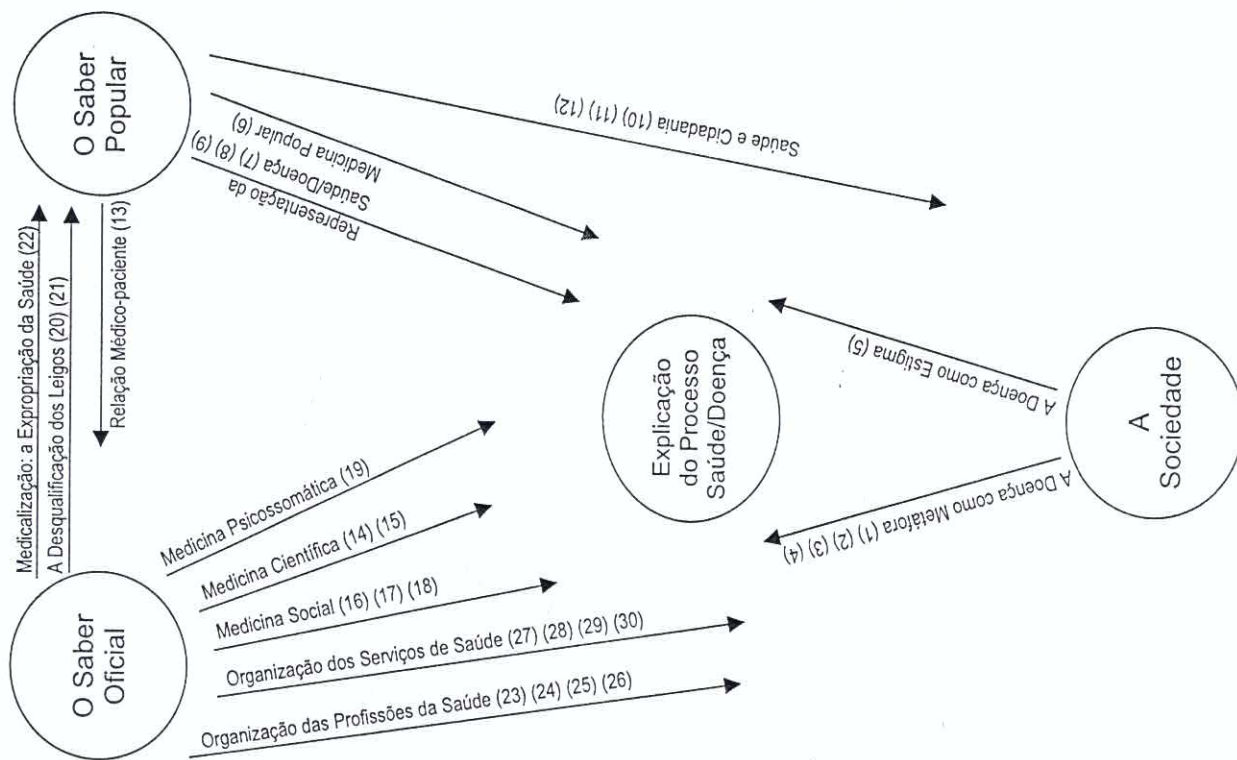
redundando na aplicação rígida do materialismo histórico ao estudo do processo saúde-doença. Resulta dessa etapa um rico acervo de publicações críticas mas poucos avanços na pesquisa empírica;

3) A fase caracterizada pelo aprofundamento da aplicação do materialismo histórico no estudo da saúde-doença, e superação dos erros. No dizer de Breilh (1986):

Torna-se evidente a necessidade de passar das reformulações teóricas mais gerais para o estudo de problemas específicos. Torna-se imprescindível, também, a exigência de passar dos desvios empíricos positivistas, do questionamento ao aculturalismo, à fenomenologia, à absolutização da análise quantitativa e ecológica, para a recuperação seletiva e subordinada de toda a riqueza do conhecimento antropológico, ecológico, matemático. O ciclo histórico demonstra a necessidade de se passar de uma primeira etapa, eminentemente crítica, de reconstrução teórica, para uma fase seguinte, também crítica, porém na qual se solidificou um marco teórico que permita, sem receios, assumir o desafio da incorporação, com maior profundidade, de recursos especializados da ciência convencional (p. 251).

No caso da psicologia da saúde, encontramos, sem dúvida, na primeira etapa desse processo: a descoberta de novos campos de atuação, a abertura de novos horizontes. Falta, no entanto, uma reflexão mais aprofundada sobre o contexto mais global em que se dá esta atuação: as representações do processo saúde/doença; a configuração dos serviços de saúde e das profissões que aí atuam; as políticas setoriais e suas implicações para os usuários. A Figura 1 procura sintetizar algumas das principais dimensões a serem incorporadas na busca de um embasamento mais globalizante para a psicologia da saúde. Tendo por objetivo central a explicação do processo saúde/doença as diferentes abordagens aí consideradas subsumem três dimensões distintas: o saber oficial, o saber popular (ou do senso comum) e a sociedade.

Figura 1 – Linhas de investigação pertinentes à explicação do processo saúde/doença



O eixo central do esquema proposto é a explicação do processo saúde/doença, ou seja, as representações que predominam em uma determinada época – veiculadas, ou não, pelo saber oficial. As representações são formas de conhecimento social que orientam a ação, individual ou institucional, para a prevenção da doença e a promoção ou recuperação da saúde. Sendo criações individuais na interface do saber oficial e dos processos sociais, constituem uma esfera privilegiada para a psicologia da saúde, dado que possibilita desvendar certas dimensões cruciais para a compreensão do processo saúde/doença. Dentre estas dimensões destacaremos três:

- 1) A compreensão da doença como fenômeno coletivo, ou seja, privilegiando o discurso de uma dada sociedade sobre as enfermidades e os enfermos. São exemplos de trabalhos nesta vertente: as perspectivas históricas como a de Foucault, 1987 (1) sobre a loucura e de Herzlich & Pierret, 1984 (2) sobre as doenças coletivas e individuais; os estudos sobre a metaforização das doenças, como os ensaios de Sontag, 1984 (3) sobre a tuberculose e o câncer, e Sontag, 1989 (4) sobre a Aids; ou ainda, o trabalho de Goffman, 1982 (5) sobre a doença como estigma.
- 2) A construção do saber leigo, ou seja, os modelos explicativos que embasam as diferentes interpretações das doenças e a busca de alternativas terapêuticas. São exemplos dessa vertente: o estudo sobre a medicina popular realizada por Loyola, 1994 (6); a pesquisa sobre as representações da saúde/doença desenvolvida por Herzlich, 1973 (7) e sobre a representação da saúde mental – Jodelet, 1989 (8) – e do nervoso – Duarte, 1988 (9); assim como, também, os estudos sobre a inserção dos indivíduos no sistema de saúde, seja como cidadãos – Fleury, 1986 (10); Marsiglia *et al.*, 1987 (11); Cohn *et al.*, 1991 (12) – ou como usuário, Boltanski, 1969 (13).
- 3) A interface entre o saber oficial – mediado pela constituição do campo da prática médica e das instituições médicas – e a representação da doença prevalecente em determinadas épocas e/ou grupos. São relevantes, aqui, os estudos que permitem entender a evolução do saber médico seja como medicina científica – Foucault, 1977 (14); 1984 (15); como medicina social – Foucault, 1984 (16); Nunes, 1983 (17);

Rosen, 1980 (18); ou como mediação entre corpo e mente, como exemplificado no trabalho de Lipowsky, 1986 (19) sobre a medicina psicossomática. São importantes, também, os estudos que permitem entender a imposição deste saber como único saber legítimo, seja através da desqualificação dos leigos, como evidenciado nas pesquisas de Ehrenreich & English, 1973a (20) e de Spink, 1982 (21) ou do processo de medicalização da vida, tão bem caracterizado por Illich, 1977 (22). Integram este conjunto, ainda, os estudos referentes à estruturação da atenção à saúde: a constituição dos campos profissionais na saúde – Amaral, 1988 (23); Durand, 1985 (24); Prado, 1985 (25); Spink, 1985 (26) – e a organização dos serviços de saúde – Braga & Paula, 1981 (27); Donnangelo, 1975 (28); Luz, 1979 (29) e Singer *et al.*, 1978 (30), entre outros.

A Figura 1 permite, portanto, visualizar a amplitude dos temas possíveis e o trabalho que nos espera na consolidação dos marcos teóricos da psicologia da saúde. Permite, sobretudo, perceber a necessidade de superar os enfoques intra-individuais prevalentes até recentemente, e adotar uma perspectiva mais globalizante e dinâmica que possibilite entender a saúde/doença como processo histórico e multideterminado.