



Psicologia como área de saúde: o risco de uma definição exclusiva

Seria minimamente um erro histórico não conceber que a Psicologia emerge no campo das ciências empíricas com uma dupla identidade: como ciência humana e ciência da vida psíquica. Como ciência humana, ela procurou sua identidade na desvinculação de sua raiz filosófica e no delineamento de métodos de investigação para apreender, de modo objetivo, o seu objeto de estudo: a vida psíquica e o comportamento humano. Como ciência da vida psíquica, ela encontrou sua identidade na psicofisiologia e em teorias da dinâmica psíquica, construídas a partir de estudos de pacientes clínicos. Nesse caso, forçosamente, a Psicologia procurou dar respostas aos limites entre o normal e o patológico e às inúmeras idiosincrasias que cercam a dinâmica intrapsíquica. Conceber a Psicologia apenas como ciência humana e da vida psíquica não contempla a diversidade desse campo de estudos. Ela é também uma ciência social, pois tem uma forte tradição nos estudos dos processos de interação humana e dos fenômenos grupais e coletivos.

Se a Psicologia é ciência humana, social e da vida psíquica, porque insistir em descrevê-la ou categorizá-la somente como ciência da saúde? Será que essa insistência contribuiria para nos dar uma identidade distinta e mais abrangente do que as múltiplas identidades que tradicionalmente estão na raiz da construção da nossa ciência? Esse é o principal motivo pelo qual a Associação Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho resiste em restringir a Psicologia à área de saúde.

Sem dúvida, qualquer estudioso ou profissional de Psicologia aceitaria o argumento de que esta tem como preocupação básica a promoção do bem-estar. Mas afirmar que ela é apenas uma ciência da saúde é ater-se a uma definição exclusiva e não inclusiva, ignorando a multiplicidade que marca o surgimento da Psicologia como ciência. Iremos apresentar alguns argumentos contra a imposição de uma identidade que, a princípio, é múltipla.

O primeiro é que a Psicologia é, simultaneamente, área de conhecimento e campo profissional. Como área de conhecimento produz teorias úteis para os psicólogos e para muitas outras profissões. Como campo profissional diversifica-se em áreas e contextos de trabalho que exigem a apropriação de conhecimento de outras áreas de saber. Não existe uma atuação profissional do psicólogo que seja puramente apoiada nas teorias da Psicologia e que não requeira alguma interface com outros campos de conhecimento.

Reduzir a Psicologia a um dos contextos de aplicação (da sua vertente profissional, por mais importante que seja) implica desconsiderar essa complexidade e diversidade das suas inúmeras aplicações. Conhecimento é produzido para dar suporte a atuações profissionais de outros profissionais e demanda conhecimento de outras áreas (educação, medicina, administração, sociologia, antropologia etc) para dar suporte à prática. Por exemplo, os estudos sobre processos perceptivos são fundamentais para um arquiteto ou um artista. Conhecimentos sobre o pensamento, cognição e emoção são essenciais para as práticas educativas. Qual a função do rótulo “saúde” para esta atividade básica de pesquisa com impactos em atuações profissionais tão importantes?

O segundo argumento é que a Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1948, definiu saúde como estado pleno de bem-estar físico, mental e social. Muitas críticas foram feitas a esse conceito. Hoje, a saúde é considerada um processo e não um estado da pessoa. Ademais, não se aceita a idéia de plenitude, porque ela não ajuda a avaliar as políticas de saúde. Essa imprecisão conceitual levou a própria OMS, em 1977, a reformular o conceito de saúde, redefinindo-o como o grau que permite aos cidadãos construir uma vida social e economicamente produtiva. A partir de então, a noção de saúde passou a estar associada principalmente à autonomia pessoal, à vida social produtiva e à capacidade de adoecer e se recuperar. Porém é preciso reconhecer que a principal conseqüência da definição de saúde de



1948 foi a de romper com conceitos que identificavam a saúde pela negação da doença, em defesa da saúde como uma condição positiva e promotora do bem-estar humano. Tal ruptura contribuiu para aumentar o compromisso social com as políticas coletivas de prevenção e saúde.

O debate sobre a questão segue até nossos dias e muitas indagações podem ser feitas. Entre indivíduo e sociedade, não haverá sempre uma zona de tensão? Nas relações familiares, sociais, grupais, políticas, educacionais, organizacionais e do trabalho e em tantas outras, seria possível alcançar o bem-estar pleno? O que é viver de forma socialmente produtiva? O que é autonomia? Todos têm o direito de adoecer e de recuperar-se?

Nos anos de 1990, os médicos americanos criaram um conceito nosológico, denominado *Síndrome da Felicidade*, para descrever esse estado de bem-estar pleno. O movimento da Psicologia Positiva inspirou-se nessa mesma fonte para desenvolver conceitos de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, na tentativa de se desvincular de uma forte tradição de patologização que impregnava a Psicologia, preocupada mais em diagnosticar sintomas e distúrbios psíquicos do que em promover o bem-estar pessoal e social. Isso repercutiu também no desenvolvimento de vários temas de estudo decorrentes dessa identificação com a promoção do bem-estar de pessoas e grupos humanos. Assistimos, então, ao desenvolvimento de estudos sobre a qualidade de vida no trabalho, ergonomia, resiliência, inteligência emocional, emoções, abordagens psicoterápicas alternativas, dentro e fora da Psicologia.

Insistimos, no entanto, que reconhecer que a Psicologia contribui para a promoção da saúde e do bem-estar e tem sido influenciada pelos movimentos que ocorrem no âmbito das áreas de saúde não significa que ela tenha seu status científico assegurado somente como ciência da saúde. Atrelá-la à área de saúde assume um caráter restritivo, que obstaculiza e ignora o desenvolvimento de temas importantes da Psicologia, que não encontrariam, nessa filiação, a sua identidade. Os nossos colegas que se dedicam ao estudo de estereótipos e preconceitos e suas implicações sociais se definiriam claramente como profissionais da área de saúde? Os que atuam em processos educacionais, relação professor-aluno, aprendizagem de grupos, aprendizagem virtual e educação à distância se definiriam como da área de saúde? Os que estudam a violência contra as mulheres e atuam profissionalmente neste campo social se veriam necessariamente como psicólogos da área de saúde?

Na psicologia organizacional e do trabalho, os estudiosos que se dedicam ao bem-estar, à psicodinâmica, ao estresse, ao *burnout*, à qualidade de vida no trabalho e à ergonomia poderiam ter mais facilidade em se perceber próximos da área de saúde. Mas, mesmo para eles, a sua inclusão no grupo das ciências da saúde geraria um desconforto, pois, ainda que lhes interesse a interface trabalho e saúde, há conhecimento e aplicações distantes desta, sobre processos de trabalho, estruturas sociais e organizacionais e outros fenômenos socioculturais, que são também considerados fundamentais na gênese dos fenômenos psíquicos. Não restam dúvidas, todavia, que essa identidade com a área de saúde seria bem mais difícil de ter adesão para aqueles que se dedicam ao treinamento e desenvolvimento de pessoas, à aprendizagem e qualificação no trabalho, à empregabilidade e carreira, às relações de poder, ao desempenho de equipes de trabalho, à motivação e ao significado do trabalho e ao comportamento do consumidor. Certamente, esses estudiosos e profissionais se sentiriam excluídos da sua condição de integrantes do campo da Psicologia, se esta fosse categorizada ou definida como área de saúde.

Provavelmente nenhum psicólogo colocaria em dúvida que suas ações têm como objetivo final a promoção do bem-estar da pessoa. Mas tal reconhecimento não é suficiente para definir sua identidade como profissional de saúde. Se assim o fosse, até um engenheiro civil poderia ser classificado como um profissional da área de saúde, ao ter de elaborar projetos pensando no ser humano que irá habitar, trabalhar ou circular nos espaços que projeta. Por isso, insistimos que ser profissional de saúde é apenas uma de nossas identidades. Admitir sermos apenas profissionais da área de saúde significa seguir em uma direção contrária ao respeito à diversidade, hoje um valor reconhecido entre o conjunto de valores de quem defende uma sociedade democrática. O problema persistiria se também o rótulo fosse o de ciência da



educação. No entanto, isto seguiria rigorosamente a mesma lógica de defender que Psicologia pertence à área da saúde. Muitas das nossas práticas são efetivamente práticas educativas, mesmo quando estamos inseridos no campo da saúde, nas ações de prevenção e atenção por exemplo. Ou seja, quaisquer rótulos restritivos nos trariam problemas internos.

O terceiro argumento é que além de problemas conceituais, definir a Psicologia como ciência da saúde traz conseqüências nefastas para a produção do conhecimento científico na área. A exigência, por exemplo, de termo de consentimento para pesquisas do tipo *surveys* é um paradoxo, pois só responde à enquete quem o quiser. Ao assinar o termo de consentimento, a pessoa se identifica, o que pode ferir o princípio básico de pesquisas em ciências sociais de garantir que o participante não será prejudicado por ter oferecido uma determinada opinião.

Esse estado de coisas gerou uma reação de algumas entidades representativas da Psicologia. A ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia) manifestou-se contra essa submissão das pesquisas em Psicologia às mesmas normas que regem às da área de saúde, por considerá-las inapropriadas para a Psicologia. Isso teve impacto nas revistas brasileiras da área, visto que os editores deixaram de exigir pareceres de comitês de ética dos artigos de relatos de pesquisas. Reconhece-se que a ética dos procedimentos faz parte do compromisso de qualquer pesquisador, e não é mais bem garantida pelo projeto ter sido submetido a um comitê de ética. A maior parte das pesquisas em Psicologia não manipula ou administra substâncias ou ações que seriam danosas às pessoas.

A SBPOT alerta, no entanto, que o movimento de classificar a Psicologia somente como área da saúde atende mais a necessidades de instâncias governamentais e institucionais que a uma motivação intrínseca da própria Psicologia. Sem dúvida, algumas entidades profissionais visualizam, a possibilidade de ampliar as oportunidades de trabalho dos psicólogos como profissionais da área de saúde e muitos avanços neste campo foram obtidos com a inserção do psicólogo no Sistema Único de Saúde e nos Programas de Saúde da Família. É preciso estar atento, todavia, que definir a Psicologia como área de saúde teria impactos também no processo de formação universitária, ao levar os cursos de graduação a colocar maior ênfase na formação profissional para atuação no SUS. Por mais importante que isto possa ser, a formação em Psicologia deve favorecer um conhecimento amplo das diversas possibilidades de atuação para que, em fases seguintes da sua formação, o psicólogo possa tomar decisões de aprofundamento e especialização.

Por fim, a SBPOT não ignora que a Psicologia promove o bem-estar e tem isso como uma diretriz da profissão. Mas adverte que atrelar a identidade da Psicologia às ciências da saúde ou lançar os cursos de graduação e pós-graduação sob a tutela dos profissionais dessas ciências é parte de um jogo muito perigoso e uma contradição histórica. Distorce a realidade de um campo de conhecimento que cresce em abrangência temática e área de aplicação e submete a formação a forças poderosas que prejudicariam os atuais docentes e pesquisadores e o futuro dos indivíduos por eles formados. A insistência nessa direção faz-nos correr um sério risco de forçar a unidade em uma ciência por natureza plural. O risco pode ser pior, o de anular o que há de mais rico na Psicologia: a busca de uma unidade na diversidade.

Maria do Carmo Fernandes Martins (presidente da SBPOT)
Sonia Maria Guedes Gondim (1ª Secretária da SBPOT)
Luciana Mourão (2ª Secretária da SBPOT)
Juliana Porto (1ª Tesoureira da SBPOT)
Gestão 2007/2008

Gardênia Abbad (ex-presidente da SBPOT, gestão 2005/2006)
Lívia de Oliveira Borges (ex-presidente da SBPOT, gestão 2003/2004)
Narbal Silva (ex-presidente da SBPOT, gestão 2001/2002)