

Psicologia e saúde: formação e profissão

Psychology and collective health: education and profession

Wilson Alves Senne

Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia

RESUMO:

Trata-se de um ensaio sobre a inserção da psicologia no âmbito da saúde coletiva considerando-se o sentido político e de compromisso social desta inserção, bem como o desafio maior por isso colocado à formação e à profissão: a invenção de parâmetros de atuação profissional para além do modelo clínico de atendimento individual. Uma vez que este tem sido criticado por contrariar os princípios da integralidade e da equidade do serviço público, é avaliada a concepção de “clínica ampliada” como formulada e divulgada pelo SUS como parte de sua política de humanização (*HumanizaSus*). Ao encontro desta política, se esboça à psicologia um novo lugar entre a atenção clínica e a gestão compartilhada.

Palavras-chave: saúde coletiva; clínica ampliada; formação em psicologia.

ABSTRACT:

This is an essay on the inclusion of psychology in the context of public health considering the political sense of social commitment and this insertion as well as the biggest challenge so put the training and profession: the invention of professional performance parameters beyond the clinical model of individual care. Once this has been criticized for going against the principles of completeness and fairness of public service, is valued the concept of "extended clinic" as formulated by SUS and disclosed as part of its policy of humanization (*HumanizaSus*). In meeting of this policy, one sees to the psychology a new place between clinical care and shared management.

Key-words: collective health; expanded clinic; training in psychology.

“O SUS é movido a gente. Enquanto a questão das pessoas que nele trabalham e nele se realizam como sujeitos públicos não for equacionada, não haverá milagres na gestão e nem na gerência”

Jairnilson Paim

Sob o tema “psicologia e saúde: formação e profissão”, dois fatos relacionados realçaram nas últimas décadas como um divisor de águas: a expansão das vagas na universidade (com inflação de títulos na praça) e a luta (vitoriosa) dos conselhos e de outras representações da categoria por concursos e vagas na rede pública de saúde como maneira de amortecer a desvalorização da profissão.

Com efeito, com a Resolução no. 218 do Conselho Nacional de Saúde (1997), a psicologia foi formalmente reconhecida como disciplina “da área da Saúde” (e não mais, genericamente, das “Ciências Humanas”), e alguns milhares de psicólogos puderam se empregar no serviço público, mas não sem que antes fosse modificado o próprio sentido da palavra “saúde” e, por extensão, de expressões como “campo da saúde” ou “saúde pública”.

O marco histórico desta re-significação, muitas vezes contada como uma “mudança de paradigmas”, teria sido, entre várias outras, a Conferência Internacional de Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, que exortou todos os governos para estabelecer a promoção da atenção básica à saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica mundial. Como já definia a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Declaração de Alma-Ata também insistiu na noção de saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, ampliando assim ao máximo o sentido da palavra saúde. A compreensão da saúde numa perspectiva contextualizante tornava-se importante por descentrar a ação de saúde da finalidade apenas curativa ou reparatória, se abrindo também para a prevenção e a promoção em diferentes âmbitos – educativo, assistencial e de reabilitação –, agregando assim, à larga, no rumo da interdisciplinaridade, outros conhecimentos e outras tecnologias que não estritamente médicas.

A definição de saúde como ausência de doença, recusada em Alma-Ata, equivale à compreensão do senso-comum, embora também encontre teorias científicas que a

sustentem. Como já se observou (ALMEIDA FILHO e JUCÁ, 2002), uma tal definição não é lógica – quando menos, porque individualmente para cada doença há um jeito típico de adoecer, quando há muitos modos de ser saudável –, porém mesmo assim fundamenta perspectivas naturalizantes e bioestatísticas, como a que entende a saúde como normalidade e a doença como desvio, segundo uma classificação que, por suposto, poderia ser extraída dos fatos biológicos (a doença como deficiência funcional biológica que pode ser corrigida alopaticamente). Enquanto predominasse este modelo no entendimento da saúde, a subjetividade simplesmente não seria considerada, e a psicologia não encontraria lugar no escopo estreito do conceito.

Embora para muitos continue válida até hoje (não será por corresponder adequadamente ao interesse da farmacoiústria?), para o “campo da saúde”, como se articulava já há mais de 40 anos, além da base biológica ou biomédica, o modelo de saúde não poderia deixar de incluir outros óbvios determinantes que atuam na definição do processo saúde-doença, como os aspectos sócio-econômicos e ambientais, tanto quando os estilos de vida (riscos ocupacionais, padrões e hábitos de consumo...) e, *last but not least*, o próprio modo de organização dos serviços públicos de saúde, pois dessa organização também depende, como de um trabalho coletivo sistêmico em permanente reformulação e implantação, a eficácia da recuperação, cura e prevenção da saúde em questão.

Em outras palavras, ao invés de pensar a saúde como normalidade focalizando a doença como desvio, deixando-se de fora tudo mais, colocou-se a relação saúde-doença “entre parêntesis” para realçar o fundo, a multiplicidade dos modos e condições de viver, de cuidar, de se organizar implicados na relação saúde-doença. O entendimento de que a saúde é relativa aos modos de existência coletivos (como um produto social resultante da ação de determinantes que incluem acesso à escola, lazer, saneamento básico, trabalho, serviços de saúde, etc.) se completaria com ações de integração da saúde como parte de políticas públicas. A “reforma sanitária”, como chamada, seria construída por um movimento de articulação teórica, política e ideológica como luta contra-hegemônica, devendo se realizar no plano técnico-institucional a partir da proliferação de democracia direta na base popular acompanhadas da formação de núcleos reais de poder civil no interior do Estado. Com a concepção ampliada de saúde traduzindo-se na norma legal, ao paciente, na condição de cidadão, estaria doravante

garantido o lugar de sujeito ativo da sua condição sanitária, através da participação popular e de órgãos colegiados, podendo e devendo implicar-se desde a formulação de propostas para mudanças do sistema, no planejamento participativo e até no controle social dos serviços públicos.

Na perspectiva democrática institucionalista que cresceu nos anos 1980, o Estado não seria simplesmente o depositário e executor dos desígnios da elite dominante, mas sobretudo um Estado encarregado de gerar uma base material de consenso capaz de tornar aceitável ou suportável, pelo conjunto da sociedade, a ordem capitalista e os interesses hegemônicos da acumulação capitalista. Por suposto, esse Estado seria forçado a considerar os interesses dos demais setores e segmentos sociais, de modo a construir sua legitimação política através de práticas capazes de combinar coerção com persuasão, medidas de força com medidas de consenso. Nessa concepção em que se misturam contribuições de A. Gramsci e de J. Habermas, ainda que o Estado seja um instrumento de dominação da classe dominante, permite que alguns interesses das classes subalternas sejam nele representados e por ele acolhidos, implementando-se tais interesses através de políticas públicas.

Esse referencial presidiu, ao longo dos anos 80, o aparecimento progressivo de diversos órgãos colegiados no âmbito do aparelho estatal, compostos por representações mistas da sociedade e do Estado. Primeiro com as AIS, depois com os SUDS, instituíram-se diversos tipos de conselhos e comissões, nas três esferas de governo, que foram englobando a presença dos principais atores na arena político-sanitária: representantes governamentais, prestadores de serviços, profissionais de saúde, diversos segmentos de usuários. (CARVALHO, 1997: 96)

Em conseqüência, em poucas décadas o “campo da saúde coletiva” se configurou como um “campo de forças”, de acordo com a expressão de Mario Testa (1992), na medida em que envolveu conhecimentos e práticas das ciências sociais, adotou também metodologias participantes que se confundem com militância sociopolítica, com implicação ativa em propósitos organizativos-emancipatórios. Encaradas como prática social, as práticas de saúde se tornaram tema de uma ampla mobilização de profissionais da saúde e usuários, como as que incluíram, no Brasil, algumas importantes conferências nacionais de saúde e de saúde mental, bem como a inscrição do projeto do SUS na Constituição de 1988, até que, finalmente, em 1997, a psicologia fosse formalmente considerada como disciplina da área da saúde.

A persistência do modelo clínico individual na Saúde Pública

Se os representantes da psicologia ocupados com seu credencialismo junto aos órgãos governamentais acharam por bem declarar a prática profissional dos psicólogos como devidamente compromissada com as camadas mais pobres da população, a imagem tradicional dos psicólogos, de modo ainda mais marcado do que hoje, era a do clínico de consultório particular a serviço de uma clientela de médio-alto poder aquisitivo. A propósito, em 1978, num famoso artigo escrito para a VIII Reunião da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto (SPRP), intitulado “A quem nós, psicólogos, servimos de fato?”, o prof. Silvio Botomé notava “a tendência de a psicologia se voltar para atividades de serviço caras, atualmente acessíveis a apenas 15% da população”. E suspeitava: “Talvez nós, psicólogos, estejamos atendendo a quem menos necessita” (BOTOMÉ, 2010). Diante desta contradição, entendeu-se que o modelo profissional, a começar pelo currículo da formação, exigia mudanças profundas de modo a responder mais e melhor às demandas sociais e desfazer a pecha de profissão elitista.

Os currículos de psicologia iriam ser, de fato, mudados – não só no conteúdo mas também na forma –, sob pressão da reforma administrativa que seguiu o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique, a partir de 1996. A reforma do ensino superior, nela incluída, facilitou a multiplicação dos cursos de psicologia pela rede privada, com abertura de vagas e geração de novos diplomados muito mais rápida do que o mercado tradicional da psicologia – a clínica particular, principalmente – poderia comportar. A reorientação da graduação em psicologia foi estabelecida com base em novas Diretrizes Curriculares (CNE/CES 062), aprovadas em Fevereiro/2004, concebendo-se uma graduação em princípio compromissada com a “atenção à saúde (...) psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo”, e formalmente dividida entre um “núcleo comum” de disciplinas reduzido e uma segunda parte devendo ser completada com “ênfases curriculares” que as instituições de ensino podem livremente escolher, conforme a vocação delas ou, mais provavelmente, as possibilidades de mercado. Com o propósito manifesto de substituir uma grade curricular demasiado teórica por outra pautada centralmente em “competências e habilidades”, as Diretrizes Curriculares não se referem à psicanálise, behaviorismo ou gestaltismo, como abordagens que classicamente dividiam o campo a partir da clínica,

presumindo-se, ao invés, uma ampla flexibilidade na definição das competências que podem concernir a “princípios e processos” numa lista em aberto: “Psicologia e processos de investigação científica”, “Psicologia e processos educativos”, “Psicologia e processos de gestão”, etc.

No documento das Diretrizes nenhuma prioridade é dada à “Psicologia e processos clínicos”, mas à cientificidade que, não por acaso, não só aparece como primeira sugestão como também o próprio termo ciência (e científico, etc) aparece várias vezes ao longo do texto (de seis páginas). A graduação, como se pode depreender das Diretrizes, haveria que carregar na investigação científica de modo a quebrar a velha hegemonia da área clínica e do modelo psicanalítico sobre a formação, entendendo-se que a “base científica” seria a base para todas as outras especializações, que poderiam assim ser aprofundadas a nível de pós-graduação (em clínica e em psicanálise, inclusive), numa perspectiva de “formação continuada”.

A percepção de que o modelo clínico e psicanalítico “entrava” a formação numa concepção de fazer psicologia que deve ser rompido no rumo de novas possibilidades profissionais não é recente. Ela era já notada desde os anos da abertura política, com o fortalecimento de uma psicologia social e comunitária “engajada” que criticava a “psicologia abstrata” dos consultórios particulares. Também a psicologia das organizações que cresceu com a transição neoliberal dos anos 1980-90, fundada em bases cognitivistas, fez aumentar a indisposição contra a prevalência do modelo clínico tradicional na graduação. Mais recentemente, com a abertura institucional do campo da saúde pública à psicologia, a rejeição ao modelo clínico-psicanalítico tradicional reapareceu com força, tornando-se objeto de preocupação o fato deste modelo continuar despontando como a principal referência e a orientação mais presente entre os psicólogos do SUS (SPINK, 2006; BASTOS, GONDIM, BORGES-ANDRADE, 2010).

Entre as razões levantadas para explicar por que os psicólogos do sistema público de saúde continuam usando o modelo clínico-psicanalítico de atuação estaria a própria estrutura do sistema público e a fluidez de suas diretrizes, que embora sustentem, como princípio ideal, a importância do trabalho em equipes multiprofissionais, de prevenção ou de educação permanente, formalmente, no rol dos procedimentos referenciados pelo SIA/SUS, atividades assim não remuneram como as “terapias” e as “consultas/atendimentos” que os psicólogos usam para registrar suas

sessões de psico-terapia (OLIVEIRA e cols, 2005). Uma vez dispensados de se reportar a outros profissionais e livres para escolher seus clientes, muitos têm se isolado para fazer apenas o que tradicionalmente se espera deles (OLIVEIRA e cols. 2004) – o que tem sido objeto de crítica por contrariar as diretrizes básicas do programa, como os princípios do trabalho em equipe e da acessibilidade, já que só uns poucos podem ser atendidos. A fila de espera do psicólogo, no entanto, apesar de muito comprida, não é vista por ele como indicador de baixa resolubilidade, mas como demanda reprimida, sinal de que a clínica psicológica é muito necessária e de que o serviço demanda muitos outros psicólogos para dar conta... Também já foi notada certa parcialidade na triagem dos usuários pelos psicólogos na rede pública: eles tendem a privilegiar casos não tão graves, que se ajustam melhor ao manejo clínico sem precisar recorrer a outros profissionais; como também preferem os não tão pobres para que o tratamento não seja interrompido por falta de dinheiro para o transporte; além disso, preferem usuários que compartilhem da cultura média-urbana psicologizada, isto é, que encarem seus sintomas como relativos a uma interioridade psi ou a uma subjetividade problematizada, e não, como as pessoas “mais simples”, que os entendem como “doença dos nervos” que precisa ser tratada com medicamentos, sem compreender o que faz um psicólogo e como uma “conversa ociosa” poderia ajudá-los (DIMENSTEIN, 2000). Em consequência, os psicólogos também têm sido questionados por ferir mais este princípio do SUS: a equidade.

Enquanto se reserva o atendimento individual com “os seus” pacientes e pouco se doa (e se reinventa profissionalmente) em muitas ações em campo, com os outros, com a diferença cultural, há quem veja nisso um sinal de retração no espaço já conquistado da atuação. Sobre a inclusão dos psicólogos em um programa importante, como o Saúde da Família, Oliveira e colaboradoras (2006) avaliaram a participação deles em Natal-RN e concluíram que embora a psicologia “ainda defenda seu *status* de profissão de saúde e assuma a posição de que deve, sim, integrar a estratégias de saúde, não há sinais de que sua presença se tornará obrigatória nesses espaços. De fato, da forma como efetivamente acontecem, as ações psicológicas não se adequam à proposta do PSF” (OLIVEIRA, e cols. 2007).

Num tom parecido, o prof. Silvio Botomé, “mais de 30 anos depois”, voltou a indagar “a quem servimos de fato?” para notar que, além dos psicólogos terem se

tornado mais assalariados e menos autônomos, poucas diferenças ocorreram no campo profissional, permanecendo pouco mudada a questão da acessibilidade, que continua restrita, desconfiando que “talvez ainda estejamos voltados para os mesmos tipos de clientes que podem pagar os custos de um trabalho de psicólogos”. E pergunta: “Ainda permaneceremos predominantemente nas esferas de atuação de atenuar sofrimento, compensar danos, reabilitar organismos, curar patologias ou desenvolveremos competências para efetivamente prevenir problemas?.” (BOTOMÉ, 2010: 194)

A clínica ampliada e as práticas de integralidade

Ainda que o modelo clínico de atendimento individual de inspiração psicanalítica continue orientando a prática de muitos psicólogos que estão atuando no SUS, vale notar que a própria noção de modelo clínico, que primeiro tem inspiração médica, vem sendo submetida à revisão. Esta revisão, para a qual foi cunhada a expressão “clínica ampliada”, ocorre no escopo de um trabalho mais amplo que visa a reforma e reorganização de todo serviço de saúde, e se baseia na idéia de que mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos.

Essa reforma do SUS foi arquitetada durante a XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. A noção de “humanização”, como entendida, era já também de certo modo equivalente à de “ampliação” no sentido em que se tratava de alargar o velho conceito médico de saúde como ausência de doença para englobar os problemas de saúde, isto é, as situações todas que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas. Mas na maneira como a conceberam G.W.Campos e M.A.Amaral (2007), a ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas: “Clínica do *sujeito*: essa é a principal ampliação sugerida. A terapêutica não se restringirá, em conseqüência, somente a fármacos e à cirurgia; há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial.” (CAMPOS e AMARAL, 2007)

Colocada nestes termos, uma tal clínica ampliada não parece muito diferente da clínica psicológica tradicional, a menos que se destaque também que o sentido desta

“ampliação” deve responder ao da integralidade, indicando que não se trata mais de uma prática privativa do psicólogo, mas sim de uma prática multiprofissional, que se quer ver realizar, como política transversal, por qualquer “trabalhador da saúde” em qualquer abordagem assistencial junto a um “usuário-paciente”. É assim que esta clínica ampliada se encontra com o que E. Merhy chamou de “tecnologias leves”, e descreveu enquanto

...momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.(MERHY, 1999)

Como todo mundo sabe, estes meandros ético-afetivos de encontro e cuidado são para o psicólogo seu lugar natural, sua *expertise*, um pouco como se, historicamente, os saberes médicos tivessem se originado de um tipo de pesquisa pautada na observação-experimentação dos corpos de carne, seus órgãos e funções, e o psicólogo tivesse surgido por exclusão ou como complemento, se ocupando com tudo que tal metodologia não poderia comportar: a singularidade, o intempestivo, os resíduos do sonho, a subjetividade... (cf. FIGUEIREDO e SANTI, 2004) Como se a clínica médica, enfim, que age sobre o corpo e é regulada pela *visão*, se deixasse completar com outra, pautada na relação afetiva e pela escuta, estes móveis tradicionais da clínica psicológica desde Witmer, Janet, Breuer ou Freud.

Mas o que se quer, de acordo com o novo modelo de clínica ampliada, não é a permanência da divisão de trabalho em especialidades – o médico faz a clínica médica, o psicólogo, a clínica psicológica –, e sim valorizar o cooperativismo e a atividade conjunta que as ultrapassa, assumindo-se a constituição de um trabalho coletivo e total ao qual o trabalho parcial e especializado, independente da titulação ou qualificação, deve aparecer subordinado. A humanização desejada desde o movimento instituinte do SUS até entrar na cartilha da Política Nacional de Humanização diz respeito “aos diferentes *sujeitos implicados no processo de produção* de saúde: usuários, trabalhadores, gestores” (grifos nossos), explicitando que não se refere a sujeitos isolados quaisquer, mas enquanto ligados a um processo produtivo, realçando-se desde logo as relações produtivas entre diferentes sujeitos.

Como na chave interpretativa marxista, entende-se que as relações entre sujeitos, pela maneira como estão organizadas enquanto práticas produtivas, atualizam sistemas, reproduzem padrões de relacionamento e de culturas organizacionais – do mesmo modo que, reavaliadas criticamente, também podem modificá-las. Daí a valorização do atendimento à saúde, por ser basicamente relacional ou interpessoal, como a atividade clínica, pedagógica ou política – um “trabalho vivo em ato” (os tais “momentos...momentos...”). Esse trabalho vivo, enquanto encontro clínico-ampliado, se quer entendido como um processo gerativo que de dentro das próprias condições como aparece organizado, deverá permitir, através delas, com os outros (no sentido coletivo da saúde coletiva?), ir além delas, estabelecer novos modos de organização, a começar, no caso, pelos serviços de saúde (MERHY e FRANCO, 1999).

Para a defesa da política de humanização do SUS, como apresentada pela profa. Regina Benevides, uma de suas mais importantes idealizadoras, valeu o pressuposto de uma ruptura, cisão ou separação entre o poder (alienado) do sujeito ou das massas e a figura do Estado, que interioriza esse poder contra esse sujeito ou essas massas, num jogo de assujeitamento (momento negativo da “determinação”?) e reativação constituinte (momento positivo da “dominância”?) característico do materialismo histórico e dialético. No dizer da autora,

...o desafio assumido a partir da década de 1970 pelos movimentos de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde impunha tanto a redefinição do conceito de saúde, quanto a recolocação da importância dos atores implicados no processo de produção de saúde. Falar, portanto, de saúde pública ou saúde coletiva é falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como ‘pacientes’ nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços em sua paciência diante dos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social. O que queremos ressaltar é que a força emancipatória na base do SUS só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde. Neste sentido, é preciso avançar, como indica Gastão Wagner (...), a discussão no campo da saúde coletiva propondo esta relação entre produção de saúde e produção de sujeitos, entre atenção, gestão e subjetividade. Portanto, recolocar na agenda da saúde o tema da humanização é reativar o movimento constituinte do SUS. (BENEVIDES, 2005a)

Humanização como atenção e gestão

A política de humanização do SUS, como formulada desde os últimos anos, e fartamente disponível na web, reforça a concepção de um “SUS movido a gente”, ou seja, a concepção da organização (enquanto “mundo-do-sistema”?) como ligada às pessoas (trabalhadores ou usuários enquanto “mundo-da-vida”?) na perspectiva de uma retomada à maneira “bottom-up”, ou seja, enfatizando-se a dimensão horizontal das trocas comunicacionais cotidianas, sem a qual nenhuma gerência ou gestão, através de medidas ditadas de cima para baixo, seria capaz de “fazer milagres” (PAIM, 2009). Como no dizer de E. Merhy e T. Franco, “a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho” (MERHY e FRANCO, 1999).

Em outras palavras, se o caso é melhorar como um todo o cuidado à saúde, a atividade de gestão típica, administrativa-vertical, deve ser equilibrada com a gestão da atividade, como se diz, a gestão cotidiana do trabalho de cada um com todos na produção coletiva do cuidado. Como tem sido divulgado, a mudança sistêmica da saúde e do cuidado à saúde requerem uma reconstrução do trabalho clínico desde amiúde – um “neo-artesanato” (CAMPOS, 2010), uma escuta dos “ruídos” desde o nível das relações cotidianas (CECÍLIO e cols, 1994) –, enquanto é também estimulação à construção de vínculos, produção e troca de informações, ampliação da rede de compromisso dos envolvidos com a saúde; em suma, mudança coletiva do meio e dos outros, protagonismo social.

Em vista disso, as práticas clínicas devem ganhar nova relevância no trabalho em saúde, mas não como psicoterapia de corte tradicional, obviamente, nem como especialidade profissional, e sim disseminada como “forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado”, como “relações interseçoras (sic) estabelecidas no trabalho em ato”; ou ainda, como “acolhimento, produção de vínculo, autonomização e gestão compartilhada de processos de trabalho” – outras tantas designações de Merhy (2002) para as tais “tecnologias leves”.

Se o que tem sido descortinado ao psicólogo que ingressa no SUS é a reconstrução de práticas profissionais entre a atenção e a gestão, seu desafio será a cada vez encontrar o sentido de uma integralidade como um produto da ação social que se

realiza em dois planos distintos: um individual e outro sistêmico. O primeiro é o lado da escuta e do acolhimento, em que se valoriza a dimensão subjetiva e social; o sistêmico, por sua vez, é o plano onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços co-responsabilizando-se os sujeitos e coletivos implicados nos processo de gestão e atenção (PINHEIRO e MATTOS, 2001: 65). Note-se que o sistêmico, aqui, não é o governo, ou o Estado, situados como uma instância exterior ou acima dos atores sociais; mas, na perspectiva (gramsciana) de socialização da política, estes últimos fazem parte orgânica daquele. Como na teoria do Estado ampliado (da qual provavelmente se originou a expressão “clínica ampliada”?), os atores sociais estão desde sempre implicados no processo de reforma e de reorganização estruturais cuja eficácia depende menos de injunções sistêmicas do que de mudança nos modos de ser dos envolvidos ao nível das relações e dos vínculos, apostando-se assim na modificação dos valores e das posturas de todos na produção da saúde.

Depois de ter abordado a psicologia e a formação em psicologia como “lamentavelmente” pouco preocupadas em debater os “modos de intervenção que se façam além dos enquadres clássicos de uma clínica individual e privada, ou mesmo de uma psicologia social que mantém a separação entre os registros do individual e do social” (BENEVIDES, 2005b), ou seja, falando do lugar de quem percorreu a via institucional até os cargos de representação política mais importantes na Secretaria da Saúde, Regina Benevides retornou sobre a noção dos dois planos “indissociáveis” reservados ao psicólogo no serviço público:

A experiência na coordenação destas políticas no MS nos impôs, então, uma modulação daquilo que já afirmávamos anteriormente. Se antes falávamos da inseparabilidade entre a clínica e a política, agora podemos dizer da inseparabilidade entre modos de atender, de cuidar e modos de gerir, inseparabilidade entre atenção e gestão, portanto. Aí está um caminho a ser traçado, percorrido, inventado, se queremos, também nós, psicólogos, nos aliar aos movimentos de resistência que apostam na construção de um outro mundo possível (BENEVIDES, 2005a).

Conclusão

Em conclusão, vemos que se delineia aos psicólogos na saúde coletiva, na palavra de autores credenciados, um entre-lugares em que de um lado há que ser clínico, de outro há que ser gestor. Mas também vimos que não se trata exatamente de ser um

clínico “das profundezas” nem o gestor burocrático-administrativo, pois tanto é preciso aumentar o acesso de usuários ao sistema quanto compor processos de co-gestão. De acordo com G. W. Campos e A. V. Gorrero (2008),

O que pode facilitar a superação deste desafio é que existe uma proximidade entre a clínica e a gestão: da mesma forma que uma clínica tradicional e uma gestão tradicional aproximam-se na produção de um certo tipo de relação de poder/saber que busca acentuar a ‘distância’ gerencial e terapêutica, uma clínica ampliada e a atividade de co-gestão aproximam-se na medida em que buscam lidar com as diferenças inerentes de poder/saber com vistas a produzir uma diminuição desta distância e aumento de autonomia, tanto do ‘paciente’ na clínica, quanto do trabalhador, na gestão.

Qualquer aproximação que se tente fazer não significa, evidentemente, que o psicólogo tenha que abandonar a atividade clínica pautada na relação transferencial, até porque é a única que, bem ou mal, tem resguardado, ao lado ou em complemento com a realização de psicodiagnóstico, alguma especificidade do trabalho do psicólogo, e não só no serviço público de saúde. O que aqui se pede e se espera do psicólogo é apenas que vá mais vezes além da posição terapêutica, ao encontro do trabalho com equipes, grupos e comunidades, seguro de que, por mais que se deixe levar por novos e pouco explorados caminhos, haverá para ele um lugar reservado na estrutura onde é esperado. Pois por muito que todos os trabalhadores da saúde estejam convocados a compartilhar da postura clínica, com certeza continuarão aparecendo aqueles casos excedentes e estranhos de que outros profissionais não dão conta e que resolvem por bem encaminhar ao psicólogo, sempre de novo reconvocato a ocupar a posição arquetípica na relação do cuidado: a posição daquele que *cuida do cuidado* que as pessoas que atende têm ou podem ter de si mesmas. Como no comentário de M. Foucault acerca do aparecimento desta posição entre os gregos antigos, “o cuidado de si é, com efeito, algo que tem sempre de passar pela relação com um outro que é mestre” (FOUCAULT, 2006:73).

Referências

- ALMEIDA Filho, Naomar. e JUCÁ, Vladia. (2002) Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232002000400019&script=sci_artext
- BASTOS, Virgílio, GONDIM, Sonia e BORGES-ANDRADE, Jairo. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional: o que mudou nas últimas

- décadas? Em: Oswaldo Yamamoto. Ana Ludmila Costa. (orgs.). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. Natal: EDUFRN, 2010
- BARBIER, René. (2002) Escuta sensível na formação dos profissionais de saúde. www.barbier-rd.nom.fr/ESCUTASENSIVEL.PDF - Acessado em 21.03.2011
- BENEVIDES, Regina. (2005a) A Psicologia o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040.pdf> - Acessado em 21.03.2011
- _____, e PASSOS, Eduardo (2005b). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232005000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt - último acesso em 10.12.2011
- BOTOMÉ, Silvio. (2010) A quem nós, psicólogos, servimos de fato? Em: YAMAMOTO, O. e COSTA, A. L. F. (orgs.). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. Natal: EDUFRN, http://www.cchla.ufrn.br/propsi/uteis/escritos_sobre_a_profissao_de_psicologo_no_brasil.pdf#page=171 - Acessado em 21.03.2011
- CAMPOS, Gastão Wagner. (2010) Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. - Acessado em 21.03.2011
- CAMPOS, Gastão Wagner e GUERRERO, André Vinicius. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: HUCITEC, 2008. <http://pt.scribd.com/doc/21415116/Manual-das-Praticas-da-Atencao-Basica> - Acessado em 21.03.2011
- CAMPOS, Gastão Wagner e AMARAL, Marcia Aparecida (2007) A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007 - Acessado em 21.03.2011
- CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado Em: FLEURY, S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- DIMENSTEIN, Magda (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*. 5(1): 95–121 <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1.pdf> - Acessado em 21.03.2011
- FIGUEIREDO, Luis Claudio de Figueiredo e DE SANTI, Pedro Luiz. *Psicologia : uma nova introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência*. São Paulo: EDUC, 2004.
- FLEURY, Sonia (org) (1997). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editora Lemos, 1997
- FOUCAULT, M. (2006) *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- MERHY, Emerson Elias. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta par a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou

como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. Em: Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo, Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson Elias. (1999) O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf> - Acessado em 21.03.2011

MERHY, Emerson Elias e FRANCO, Tulio. (1999) Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf> - Acessado em 21.03.2011

MERHY, Emerson (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

OLIVEIRA Isabel Fernandes e cols. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional.2004. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/354/35401705.pdf> - Acessado em 21.03.2011

OLIVEIRA, Isabel Fernandes e cols. (2005) A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/download/4790/3677> - Acessado em 21.03.2011

OLIVEIRA, Isabel Fernandes e cols. (2007) A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942007000100002&script=sci_arttext - Acessado em 21.03.2011

SPINK, Mary Jane. (2006) A psicologia em diálogo com o SUS http://abepsi.org.br/site/wp-content/uploads/2010/12/Relatorio_pesquisa_ABEP.pdf

TESTA, Mario (1992). *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992

PINHEIRO Roseni; MATTOS Ruben (2001). *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ.

ROSÁRIO, Nilson. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e saúde coletiva*, Jun 2009, vol.14, no.3, p.899-901

Wilson Alves Senne
Doutor em Educação, professor adjunto do
Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia
E-mail: [wasenne@uol.com.br](mailto:wassenne@uol.com.br)