

## Psicologia e saúde: a produção de estilos de pensamento

Luciana Kind

*O artigo traz uma reflexão sobre as múltiplas relações que se estabelecem entre os campos da psicologia e da saúde, produzindo-se estratégias discursivas em defesa de novos especialismos “psi”. Psicologia e saúde, assim aproximadas, são pensadas como dois campos que guardam suas especificidades, que têm trajetórias de produção de conhecimentos e de práticas que ora se conectam, ora se desvinculam. Os subcampos psicologia médica, medicina psicossomática, psicologia hospitalar, psicologia social da saúde e saúde mental são discutidos como estilos de pensamento produzidos na aproximação entre psicologia e saúde. Como efeitos da delimitação desses subcampos, a polarização que alguns produzem entre clínica e política, individual e social, teoria e prática, será abordada ao longo do texto. Ressalta-se que a possibilidade de construção de novos conhecimentos e práticas não é privilégio de nenhum campo em particular. É a própria tensão entre teorias e práticas que produz a mobilidade de estilos de pensamento.*

**Palavras-chave:** Psicologia e saúde, estilos de pensamento, formação em saúde

A inserção de psicólogos em diferentes campos de atuação na área da saúde tem produzido delineamentos multifacetados sobre a especificidade de suas teorias e práticas. O artigo traz uma reflexão sobre as múltiplas relações que se têm estabelecido entre os campos da psicologia e da saúde, produzindo-se estratégias discursivas em defesa de novos especialismos “psi”. Argumenta-se que nem sempre esses subcampos constituídos revelam saberes ou práticas inovadoras, embora eventualmente reiviniquem para si certa originalidade científica. Ao longo de uma trajetória híbrida de atuação profissional e de pesquisas na interface entre psicologia e saúde, tenho refletido sobre as questões que sustentam a proliferação desses subcampos. Uma problematização destes, inspirada em leituras de Fleck e Foucault, permite uma análise importante sobre alguns de seus efeitos e cristalizações.

Propõe-se um desdobramento que parte da aproximação entre os campos da psicologia e da saúde, o que leva à produção de subcampos. Dentre os efeitos da delimitação de alguns deles que serão abordados ao longo do texto, discute-se a polarização que produzem entre clínica e política, individual e social, teoria e prática. Esse ponto de concentração da análise proposta é também ponto de dispersão para se pensar elementos da formação para a saúde e para levantar alguns indicativos sobre possibilidades de desenvolvimento de práticas inventivas.

### **Psicologia e-da-na saúde**

Inicialmente, a própria ideia de psicologia e saúde chama a atenção. O conectivo e, como acentuado por Deleuze e Guattari (1995), ao apresentarem suas considerações sobre o rizoma, configura reciprocidade e transversalidade. Pressupõe algo que se processa *entre as coisas*, produzindo movimento. Psicologia e saúde, assim aproximadas, são pensadas como dois campos que guardam suas particularidades, que têm trajetórias de produção

de conhecimentos e de práticas que ora se conectam, ora se desvinculam. O conectivo expressa, a meu ver, aproximações necessárias, que caminham na perspectiva da construção de pontos de contato, de pontos de interseção.

Se quisermos pensar, em consonância com Benevides (2005), nos compromissos ético-políticos da psicologia diante do Sistema Único de Saúde, por exemplo, o conectivo nos auxilia. A autora pondera que essa aproximação deve se pautar por um princípio de transversalidade. Em suas palavras, “a Psicologia, como qualquer outro campo de saber/poder não explica nada. (...) É no entre saberes que a invenção acontece” (Benevides, 2005, p. 23).

Cabe ressaltar que a psicologia não se reduz às discussões de saúde, não pode fazê-lo pelo próprio compromisso histórico que tem de inserção em outros campos de atuação e em outros modos de produção de conhecimento (Ferreira Neto e Kind, no prelo). Entretanto, em sua aproximação com a saúde, deve delinear suas contribuições.

Além do uso da conjunção e, é comum se encontrar a denominação *psicologia da saúde*, com pretensões de configuração de contornos mais precisos e de uma construção de identidade profissional mais claramente estabelecida. Criada na década de 1970 como grupo de trabalho pela American Psychological Association – área 38, *Health Psychology* –, a psicologia da saúde se dedica a compreender fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam na saúde e na doença, com ênfase na prevenção e promoção da saúde (Castro e Bornholdt, 2004). Com ampla repercussão em países europeus e latino-americanos, no Brasil esse subcampo encontra resistências, pois compete com inserções específicas da psicologia em hospitais, na saúde pública e em alguns âmbitos da clínica, ressaltam Castro e Bornholdt.

Quando se usa a expressão psicologia *na* saúde, com alusões a um trabalho do psicólogo em campos e em contextos de saúde, isso também cria alguns problemas. A psicologia que se faz *na* saúde se traduz, por vezes, na construção de adjetivações e especialismos. Está sempre presente o risco de transposição de teorias psicológicas na saúde, desconsiderando-se arranjos institucionais, encontros com diferentes categorias profissionais e processos históricos e políticos que modificam constantemente ambos os campos, psicologia e saúde.

### **Adjetivações e especialismos: novos subcampos “psi”?**

As práticas profissionais da psicologia em diferentes contextos institucionais de saúde podem ser qualificadas como subcampos. Podemos ancorar as defesas a esses subcampos “psi” na constituição do que Fleck (1934) chama de “coletivos

de pensamento” (*thought collectives*) e de “estilo de pensamento” (*thought style*). Uma comunidade científica, para esse autor, se constitui em grupos e hierarquias, seguidores e antagonistas, sociedades e congressos, periódicos e intercâmbios.

Fleck aborda a ciência como uma atividade coletiva que se processa “no bojo das relações sociais que envolvem o científico e o não-científico” (Condé, 2005, p. 133). Os agrupamentos em comunidades científicas são, portanto, processos que devem ser situados historicamente, de modo a se desvelar os saberes concorrentes, os processos organizativos dos grupos de pesquisadores e profissionais que se constituem como especialistas, para além das essências teóricas e conceituais que pretendem fundar.

A configuração de um campo específico atrela-se a algum nível de institucionalização dos conhecimentos e processos organizativos em prol da criação de associações científicas. Forja-se uma suposta delimitação de campos e de capital científico específicos, como diria Bourdieu (2004), com um conjunto de práticas próprio. Há um esforço de autonomização desses campos no interior mesmo da psicologia e das ciências de saúde. Alguns subcampos serão abordados, sem a pretensão de construir uma leitura histórica minuciosa, e nem de abarcar todas as especificidades “psi” que se apresentam na área da saúde.

Como *formações discursivas*, esses subcampos almejam a condição de disciplinas autônomas. Entretanto, como inspira a análise foucaultiana, “tomam emprestado de modelos científicos sua organização, que tendem à coerência e à demonstratividade, que são recebidos, institucionalizados, transmitidos e às vezes ensinados como ciências” (Foucault, 2002, p. 202-203).

Discussões científicas no início do século XX, apoiadas na medicina e na psicanálise para lidar com o problema da relação entre mente e corpo e da relação médico-paciente, produziram as condições de possibilidade para a delimitação da Psicossomática e da Psicologia Médica. Antes mesmo da regulamentação da profissão no Brasil, essa relação com a medicina produz movimento acadêmico suficiente para que se caracterize a emergência de uma rede de publicações, legitimando essas discussões na comunidade científica da época.

No Brasil, a psicologia já figurava em teses defendidas na virada do século XIX para o século XX, acolhida nas faculdades de medicina. Observa-se tanto a influência da psicologia científica em estudos de inteligência e psicofisiologia, quanto a referência à psicanálise (Antunes, 1999). A partir de meados do século XX a aproximação mais direta entre medicina e psicanálise provocou a emergência de “uma campo ainda difuso, ora denominado Medicina Psicossomática, ora Psicologia Médica” (Matta e Camargo Jr., 2007, p. 134).

Também analisada como um estilo de pensamento por Santos e Jacó-Vilela (2007), a Psicologia Médica, englobando ou se confundindo com a Medicina Psicossomática, se dedica às leituras das questões psicológicas enfrentadas nas

cenar de tratamento médico, o que constrói certa tradição de discussão da psicologia na cena de saúde. As autoras ponderam que, embora reconhecida como coletivo de pensamento fortemente associado a instituições hospitalares, a psicologia médica se adere ao saber médico, enquanto a psicologia hospitalar produz estilos de pensamento a partir de teorias e práticas psicológicas.

A psicologia hospitalar, e o que será denominado como psicoespecialidades, também tem uma configuração interessante no Brasil. Como adjetivação, o “hospitalar” agregado à psicologia, modificaria a última, instaurando um de seus “campos emergentes”. Incorporada à explicação de ser uma expansão da psicologia clínica (Lo Bianco, Bastos, Nunes e Silva, 1994), área clássica de formação e atuação de psicólogos, a psicologia hospitalar provoca polêmicas quanto ao seu status de especialidade do campo “psi”. Tonetto e Gomes (2004), numa revisão que aborda o estado da arte da subárea, ponderam que, ao contrário de se caracterizar como uma especialidade, a psicologia hospitalar poderia ser melhor descrita como o exercício profissional da psicologia em instituições hospitalares.

A despeito disso, a psicologia hospitalar é legitimada como especialidade pela resolução do Conselho Federal de Psicologia, que institui o registro de especialistas, contendo uma descrição de campo bastante abrangente, que envolve práticas clínicas, intervenções psicossociais e diversidade teórico-conceitual, que podem ser sustentadas em formação profissional *lato e stricto sensu* (Conselho Federal de Psicologia, 2001). Ressalta-se que a própria resolução 02/01 do CFP apresenta ambigüidades nos títulos de especialista. O especialista em psicologia clínica, por exemplo, é entendido como aquele que “atua na área específica da saúde em diferentes contextos (...)”. Para o especialista em psicologia hospitalar acrescenta-se a esse texto a especificidade de uma atuação em “instituições de saúde”.

No bojo da própria discussão da psicologia hospitalar, é comum a aderência da prática de psicólogos a especialidades médicas, agregando-lhes o prefixo “psico”: psico-oncologia, psiconefrologia, psiconeurologia e assim por diante. As psicoespecialidades, às vezes, são caracterizadas como subespecialidades médicas, não obstante tenham “psico” como raiz que as modificaria. A psico-oncologia, por exemplo, é reconhecida como especialidade da oncologia, para discutir os aspectos psicológicos experimentados no adoecimento e no tratamento dessa doença, que é o câncer (Carvalho, 2002).

Como subcampo que luta por se estabelecer como estilo de pensamento, a psicologia hospitalar arregimenta adeptos, constitui espaços de formação e se organiza em associação científica: a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), com veículo próprio de divulgação e circulação de seus conhecimentos, a *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Em sua página na

internet, a SBPH estima que, até fevereiro de 2009, havia quatro especialistas em psicologia hospitalar, por aprovação em concurso, 289 por conclusão de curso de especialização e 1.419 por comprovação de experiência profissional.<sup>1</sup> À revelia das críticas feitas ao subcampo, a psicologia hospitalar coloca em jogo, como nos diz Foucault (2002), não seu direito de ser uma ciência, mas o fato de que existe como discurso científico.

Outro subcampo tem emergido de discussões recentes sobre a aproximação da psicologia social com o campo da saúde, mais comumente designado como “psicologia social da saúde”. A proximidade e sintonia que se tem na constituição da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e o próprio movimento sanitário, com a configuração do campo da saúde coletiva foram discutidas em outro momento (Kind, 2007), quando discorro sobre os pontos de interseção e algumas diferenciações entre psicologia social e saúde coletiva. Em Spink (2003), encontramos certa defesa de uma psicologia social da saúde, que se constituiria como um modo de pensar e de fazer – particularmente na saúde pública –, característico da psicologia social, entendida como perspectiva crítica, que considera o sujeito no seu fazer histórico e social.

Com a consolidação da estratégia Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASFs), as práticas de saúde, de uma maneira geral, têm forte inserção e dependência dos saberes locais e da articulação com a “comunidade”. A saúde pública, portanto, tem despertado o interesse particular de uma aproximação maior da psicologia social com o campo da saúde. De contornos ainda imprecisos, justifica-se a relevância desse subcampo pela defesa de práticas características da psicologia social, como intervenção psicossocial, psicologia social comunitária, práticas grupais e uma participação na própria construção de políticas públicas setoriais. Defende-se um acréscimo de perspectivas críticas às práticas “psi” em campos de saúde.

É preciso compreender melhor as críticas que são feitas ao que se entende por práticas “psi” tradicionais. Autores identificados com a psicologia social expressam sua posição de crítica, às vezes a uma psicologia da saúde tradicional, outras à saúde mental como campo hegemônico, já instaurado, organizando as políticas de saúde (Spink, 2003; Traverso-Yépes, 2001; Camargo-Borges e Cardoso, 2005; Roso, 2007; Santos e Jacó-Vilela, 2009). Essas críticas se organizam a partir de uma concepção da psicologia social como área de pesquisa e práticas “inovadoras”, sobre a qual precisamos pensar um pouco melhor.

1. Informações disponíveis em <http://www.sbph.org.br/especialista.asp>, consultadas em 20 de março de 2010.

Dentre os autores que defendem a aproximação entre a “psicologia social crítica” e o campo da saúde, Roso (2007) sintetiza a especificidade desse estilo de pensamento: “uma psicologia social crítica da saúde deve partir de uma visão crítica e utópica de ciência, na qual é fundamental que se construa uma ponte entre os direitos universais e os direitos de minorias sociais, se reelabore o conceito de saúde, se analisem as relações de poder e se estimule a ética do cuidado” (Roso, 2007, p.92).

Para Traverso-Yepes (2001), a psicologia social crítica levaria ao campo da saúde elementos para potencializar a dialogicidade e a consideração de condições concretas de existência para permitir a construção de uma “uma base conceptual comum para lidar com o processo saúde-doença numa perspectiva interdisciplinar” (p. 54). Essa interseção teria especial relevância, então, para o trabalho interdisciplinar.

Ainda que tenha contornos pouco claros, a psicologia social da saúde, com ou sem a adjetivação “crítica”, apresenta-se como alternativa a perspectivas consideradas insuficientes para superar o modelo de atuação liberal privado. Impossível acompanhar esse esforço de delimitação sem algumas inquietações. Nem sempre se reconhece, por exemplo, a natureza política das contribuições da psicologia na Reforma Psiquiátrica. A crítica à saúde mental ou àquilo que suas práticas se tornaram, no âmbito do Sistema Único de Saúde, homogeneiza processos históricos distintos e diferentes formas de atuação do psicólogo aí instalado. Identifico-me em grande medida com a psicologia social, mas manifesto minha preocupação com a tendência da área de reivindicar para si a exclusividade de um pensar crítico. Longe de fazer uma apologia ao subcampo “saúde mental”, que será abordado a seguir, gostaria de convidar a um aprofundamento das discussões sobre a invenção de uma “psicologia social da saúde”.

A saúde mental, como subcampo multidisciplinar, mas de forte adesão de psicólogos, se consolida no campo da saúde ao atestar sua relevância e sua relação com a Reforma Psiquiátrica (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2004, 2008a). A psicologia e a medicina, comparadas com terapia ocupacional, enfermagem, assistência social e outras categorias profissionais que se identificam com o subcampo, se afirmam como mais intimamente ligadas ao principal capital científico da área, a psicanálise. Esse campo interdisciplinar acolhe bem e é construído, portanto, por psicólogos.<sup>2</sup>

2. Essa inserção profissional de psicólogos parece uma experiência rara em outros países, é o que comentam colegas mais afinados no campo da saúde mental. De modo mais amplo, a psicologia da saúde se configura como grande área que incorpora todas as práticas profissionais desenvolvidas em instituições de saúde.

A partir do final da década de 1970, período de esgotamento do modelo médico-assistencial e questionamento do modelo asilar, “o campo da saúde mental configurou-se como um grande polo de absorção de psicólogos” (Dimenstein, 1998, p. 58). Na década subsequente, a saúde pública tornou-se atrativa não apenas para psicólogos recém-formados, mas também para aqueles que viam a prática liberal privada em consultórios se enfraquecer. A prática privada declinava em função da crise econômica da classe média, pelo sentimento de instabilidade financeira face aos arranjos de remuneração menos estáveis, além de ser invadida por grandes contingentes de novos psicólogos, dada a expansão da formação no país. Paralelamente a isso, Dimenstein expõe a pressão do sistema conselhos na garantia de postos de trabalho nas políticas de saúde nos anos 1980, sendo este também listado como um dos elementos que transformaram a inserção de psicólogos em instituições públicas como “em parte, por uma falta de opção de entrar no mercado dos atendimentos privados” (p. 67).

120

Problematizando as práticas desenvolvidas por psicólogos nesse subcampo, Ferreira Neto (2008b) ressalta a permanente tensão entre “clínica” e “política” que o acompanha. Por um lado, há o fazer clínico, com forte adesão à psicanálise, constantemente questionado pelo perigo de transposição de práticas de consultório privado para o setor público. Por outro lado, a ênfase na dimensão política atrela subjetividade à noção de cidadania, e se firma em intervenções nas relações entre sujeitos, forçando a construção de redes de serviços substitutivos. Os dados de entrevistas com psicólogos, analisados pelo autor, informam que a clínica em saúde mental, na atenção básica, é atravessada por elementos heterogêneos como as políticas públicas, a legislação do SUS, a necessidade de articulação com outros saberes e com a comunidade, o empobrecimento e a violência. Essa clínica é, portanto, transversalizada por esses e outros elementos, tornando-se menos asséptica do que a “clínica clássica”.

Novos arranjos e acontecimentos discursivos marcam gradativamente as práticas de psicólogos no cenário da saúde mental. Irrompe a menção às novas práticas em saúde mental como “clínica ampliada”, anunciando-se de modo a conciliar as críticas constantes ao seu formato supostamente reprodutivo do modelo liberal privado, os muitos dispositivos institucionais criados na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e os atravessamentos ressaltados anteriormente.

### **Perigos das polarizações na interseção entre psicologia e saúde**

As aproximações entre psicologia e saúde, a constituição de subcampos e os diferentes contornos institucionais das práticas, em diferentes espaços de atuação,

acabam por produzir certas polarizações. Apartam-se clínica da política, práticas individuais das coletivas, ações disciplinares daquelas interdisciplinares, pesquisa de intervenção, para mencionar algumas das polarizações frequentemente encontradas na interface entre psicologia e saúde. Estes contrastes acontecem, muitas vezes, por identificação com algum subcampo em particular, pela necessidade de sobrevivência institucional ou ainda pela absoluta desconexão entre os processos formativos e os campos de trabalho já instituídos.

Como importante atravessamento na produção dessas dicotomias, a formação profissional superior e as especializações vinculadas aos subcampos “psi” reforçam a tendência de se direcionar para um dos polos. Nos campos de saúde pública, como assinalam Ferreira Neto (2008b) e Benevides (2005), clínica e política mantêm a tensão, implicando na produção de formas variadas de abordagem às questões relevantes no cotidiano dos serviços. No âmbito acadêmico, clínica e política podem se apresentar mais distanciadas.

Nos cenários de práticas, essas polarizações podem revelar problemas, dificuldades de reconhecer os múltiplos atravessamentos que modulam a atuação profissional, como nos alerta Ferreira Neto (2008b).

Atuar em hospitais, centros de saúde, comunidades, manicômios, Centros de Atenção Psicossocial, clínicas privadas, implica na constituição de grupos acadêmicos, produções científicas, circulação de ideias – consensuais ou não –, caracterizando diferentes posições e moldando saberes e práticas hegemônicas em cada um desses subcampos. Além disso, as instituições prescrevem que cada profissional se identifique apropriadamente, conferindo maior legitimidade a um saber ou outro, a uma prática ou outra. Em hospitais privados, pode-se exigir, para contratação de uma nova psicóloga, por exemplo, que ela tenha título de especialista, com ênfase na formação psicanalítica e experiência em práticas clínicas. Quando a inserção se dá por meio de concurso, são os processos de formação institucionais que auxiliaram o profissional a se enquadrar aos estilos de pensamento comungados majoritariamente. Essa é a realidade mais frequente em postos de trabalho, na saúde pública. As políticas de saúde investem na formação permanente dos trabalhadores. No caso de Belo Horizonte, as supervisões no âmbito da saúde mental convidam os técnicos superiores de saúde a discutir os casos assistidos à luz da psicanálise. Esses atravessamentos institucionais sublinham as direções das práticas no campo da saúde e indicam os polos mais acentuados de cada estilo de pensamento.

Os campos concretos de trabalho do psicólogo em saúde, portanto, apresentam-se como analisadores dos muitos engendramentos sofridos pelos estilos de pensamento, em geral apresentados de modo mais asséptico pelo universo acadêmico. Mais prudente seria assumir a ousada convocação de Foucault e Deleuze (2002) de tomar a teoria como uma caixa de ferramentas.

Deleuze convida-nos a pensar teoria e prática como um sistema de revezamentos, que se oferece para agir sobre um conjunto de elementos múltiplos, simultaneamente teóricos e práticos. Ao contrário de ser o oposto da prática, aquela que a explica, a teoria é ela mesma uma prática, arremata Foucault.

A separação entre a psicologia e outras disciplinas faz mais sentido quando se contrastam formas de atuação. Mesmo em propostas interdisciplinares, no campo de práticas, as exigências e atribuições endereçadas aos diferentes profissionais são diversificadas. Mesmo considerando-se a ponderação feita por Dimenstein (2001) de que o SUS demanda modificações no perfil dos profissionais de saúde, o cotidiano dos serviços impõe responsabilidades específicas a cada profissional. Isso não implica em dizer que as fronteiras disciplinares permanecem intactas, ou que a formação profissional recebida é que determinará a atuação profissional.

Eventualmente, as práticas ainda estão por ser inventadas, como podemos observar nos NASFs, que têm proporcionado novas composições de equipes e delimitação de práticas conjuntas, ainda recentes na atenção básica. Os engendramentos entre formação e atuação, necessários para se permitir a mobilidade de estilos de pensamento que tendem a se cristalizar em posições teóricas fechadas e a produzir reducionismos teóricos e metodológicos. Como sistema de revezamentos, teoria e prática podem produzir novos modos de pensar nossas concepções teóricas e as direções de nossas pesquisas.

O encontro com outras disciplinas, na realidade da atuação profissional em saúde, pode produzir estranhamentos, mas também pode produzir práticas inventivas. Longe de ser um acontecimento idílico, como a maior parte das vezes se discute, esse “encontro entre diferentes”, conforme denomina Spink (2003), deve ser compreendido como um encontro de forças, nos quais se observam relações de poder. As condições materiais de composição da equipe, de processos de gestão e de vínculo com usuários e clientes, costumam ser mais decisivas para a atuação conjunta do que as definições prévias de interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, que antecipam as práticas em saúde.

O próprio contexto institucional antecipa qual saber é dominante, ou como um saber particular se encaixa no conjunto das ações de saúde ali praticadas. Como pensar a interdisciplinaridade, quando se é psicólogo num hospital, local em que as disciplinas “não-médicas” são comumente compreendidas como auxiliares de ações curativas? Evidentemente, os diálogos entre diferentes disciplinas, em um hospital, são completamente distintos daqueles possíveis na atuação em uma equipe de NASF, por exemplo. No primeiro, as rotinas e procedimentos, as habilidades específicas e os protocolos, contribuem para a definição precisa dos contornos disciplinares. No segundo, seguindo diretrizes que preveem a atuação interdisciplinar, propondo uma constituição de equipes com

inclusão de profissionais pouco inseridos na saúde pública, exige-se maior abertura ao diálogo entre disciplinas. Ainda assim, não há garantias na dimensão do projeto, que um psicólogo hospitalar terá menos oportunidades de diálogo com outras disciplinas do que aquele alocado numa equipe de apoio à atenção básica em saúde. Afinal, “um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso” (Foucault, 2002).

Acentuam-se alguns agenciamentos presentes na produção dos diferentes estilos de pensamento expostos. A psicologia hospitalar mantém evidente relação com serviços do setor privado, com práticas clínicas e esquema de formação em especializações *lato sensu*, sem necessariamente produzir novos postos de trabalho. A psicologia social da saúde aparece, principalmente, com reflexões na produção acadêmica, em psicologia social, particularmente quando esta área se dedica a analisar a saúde pública. Quase sempre é defendida em análises de experiências de estágios e extensão, ou ensaios teóricos. Há pouca produção sustentada numa inserção profissional massiva nos campos de práticas, como é o caso da saúde mental.

Os dispositivos materiais e discursivos que compõem as possibilidades de atuação profissional, portanto, devem ser considerados na análise da interdisciplinaridade. Em consonância com a conclusão de Santos e Jacó-Vilela (2009, p. 191) de que há uma pluralidade de estilos de pensamento, levando a “uma infinidade de coletivos de pensamento, cada um destes tentando forjar uma unidade”.

### **Apontamentos sobre a relação entre ensino e serviço**

Tende-se a apostar no engendramento dos polos comumente colocados como opostos, na formação em psicologia, expostos anteriormente. A proposta não é exatamente de superação, mas de reconhecer a permanente tensão existente entre eles. É recorrente em publicações da área da saúde, tanto da psicologia quanto de outras áreas, a afirmação de que a “formação profissional se dá no serviço”, reverberando uma crítica cristalizada aos espaços formativos. A crítica, por si só, não é impertinente, mas precisa ser contextualizá-la. É necessário acentuar a relevância da formação para o SUS, denunciando-se o descompasso entre a formação de profissionais mais habituados a intervenções especializadas, curativas e individuais, ainda marcada por modelos reducionistas. Entretanto, as políticas de formação superior em saúde têm avançado, tanto na “educação permanente”, ou seja, na formação do trabalhador já inserido nos serviços, assim como na reorientação da formação superior em saúde (Ferreira Neto e Kind, no prelo).

Existem iniciativas de aproximação entre universidades e campos de práticas em saúde pública, que devem ter maior visibilidade.

Além disso, os cenários de prática, especialmente os da saúde pública, desafiam nossos saberes e nosso entendimento das possibilidades de atuação. Contudo, apostar que a formação se dá em serviço, de antemão, desqualifica por completo aquilo que se produz nos campos teóricos e nas discussões acadêmicas, dissociando a prática – inclusive a dificuldade de exercê-la com os referenciais de que se dispõe – da produção de coletivos de pensamento. Defende-se que as práticas e suas dificuldades também são forças motrizes importantes na composição de estilos de pensamento. Algo encontrado no exercício profissional pode fazer irromper novos modos de pensar. É necessário reabilitar, o “não saber fazer” como algo que compõe a produção acadêmica.

Outro ponto se atrela à ideia de que a formação acontece em serviço, é a crítica de que a universidade sempre será anacrônica em relação às práticas. Mas será que de fato a universidade não tem condições de acompanhar essas possibilidades sempre abertas, que o volume e variedade de práticas oferecem? Não caberia criar dispositivos formativos capazes de ampliar o diálogo entre práticas e campos teóricos? Não tem sido exatamente esse o grande desafio que as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde se esforçaram para enfrentar? Devemos esquecer a relação entre universidade e serviços, tão criativa nos anos 1970, advinda das contribuições acadêmicas no movimento sanitário, que permitiu se pensar outro sistema de saúde para o país?

Creio que os saberes serão sempre movimentados, mas antecipar que a universidade é sempre anacrônica é também jogar por terra todas as discussões recentes sobre formação superior e saúde. Corresponde a admitir que a almejada “integração ensino-serviço” deva ser traduzida por uma universidade submetida aos serviços de saúde. Além disso, não é incomum que as práticas, nos cenários onde ocorrem, estejam automatizadas, descomprometidas com os rumos das políticas de saúde e dissociadas dos discursos que as sustentam. A interação da universidade com esses cenários pode ser também uma oportunidade de problematização de práticas ali congeladas. Falar em anacronismo da formação não parece totalmente equivocado, mas cabe à universidade admitir sua potência de produção de pensamento que mobiliza e coloca em movimento os cenários de práticas.

### **Considerações finais**

No avizinhamento entre psicologia e saúde, que se tentou produzir nesse artigo, há a aposta numa compreensão dos estilos de pensamento que se

produzem nos muitos encontros possíveis entre um e outro campo. Mais do que me ater aos subcampos e suas definições e delimitações precisas, pretendi expor alguns efeitos de sua suposta consolidação. Por um lado, a inserção de psicólogos, em determinadas instituições e contextos de saúde, levam até eles um “pensar e uma prática psi”. Por outro, esforça-se para a configuração de especialismos nesse empreendimento. A ideia de uma psicologia generalista só é possível com reconhecimento de sua composição multifacetada e plural. É difícil imaginar que serão descartadas essas divisões e disputas intradisciplinares.

É preciso compreender que a inserção profissional em saúde se dá de muitas maneiras, com exigências, atribuições e demandas institucionais que permitem a constituição de subcampos. Essas múltiplas inserções são, por si só, desafiadoras. Ressalta-se que a possibilidade de construção de novos conhecimentos e práticas não está colocada em nenhuma teoria ou campo de práticas em particular. É a própria tensão entre teorias e práticas que produz a mobilidade de estilos de pensamento.

As polarizações expostas ao longo do texto – entre clínica e política, individual e social, teoria e prática –, ficam em tensão permanente. A inovação não é permanente, mas se expressa como possibilidade, no reconhecimento dessas tensões. Um caminho é o investimento em dispositivos que propiciem diálogo e construção compartilhada entre os diferentes agentes que circulam nos cenários de saúde.

Polissemia, entrecruzamentos e distanciamentos caracterizam a aproximação entre psicologia e saúde. Os contornos precisos nos especialismos têm uma finalidade mais institucional, de pareamento e oposições pontuais, do que os cenários de pesquisas e práticas permitem erigir. As hierarquias, adesões e discordâncias são provocadas por percursos formativos e por certas identificações. Alguns subcampos e algumas práticas exigirão uma tendência maior de identificação com o clínico ou com o político, com o individual ou com o coletivo, com certo saber teórico e seu arsenal de práticas, mas eventualmente essas divisões serão desafiadas.

Sem recusar que os subcampos são provocados por agenciamentos, por vezes incontornáveis, cabe alertar para possíveis reducionismos teóricos e metodológicos que eles podem gerar. Com essa preocupação em vista, reitera-se que a proliferação de subcampos não deve encobrir o fato de que suas fronteiras são erigidas entre *campos*. Convida-se à reflexão permanente sobre o que se produz nesses encontros e estranhamentos entre a psicologia e a saúde.

## Referências

ANTUNES, M. A. M. *A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição*. São Paulo: Unimarco Editora /Educ, 1999.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência*. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA%20GM%20N154.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.

CONDÉ, M. L. L. Paradigma versus Estilo de Pensamento na História da Ciência. In: FIGUEIREDO, B.G.; CONDE, M.L.L. (Org.). *Ciência, História e Teoria*. Belo Horizonte: Argumentum, 2005. p. 123-146.

CONSELHO Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 02 de 10 de março de 2001. Altera e regulamenta a Resolução CFP n. 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Disponível em: <[http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas\\_atuais/especialistas-resolucao-cfp-02-01.html](http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/especialistas-resolucao-cfp-02-01.html)>. Acesso em: 20 mar. 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume 1. São Paulo: Editora 34.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

\_\_\_\_\_. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

FERREIRA NETO, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta/Belo Horizonte: Fumec.

\_\_\_\_\_. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, ns. 78/78/80, p. 18-26, 2008a.

\_\_\_\_\_. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 110-118, 2008b.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. (no prelo). Formação profissional para o SUS e o Pró-Saúde. In: FERREIRA NETO, J. L. *Psicologia, políticas públicas e o SUS*.

FLECK, L. (1935). *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago e Londres: The University of Chicago Press, 1979.

FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 17. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 6. ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

KIND, L. (2007). Aproximações entre a psicologia social e a saúde coletiva. In: MAYORGA, C.; PRADO, M.A.M. (Org.). *Psicologia Social: articulando saberes e fazeres*. Belo Horizonte: Autêntica.

LO BIANCO, A. C.; BASTOS, A. V. B.; NUNES, M. L. T.; SILVA, R. C. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: *Conselho Federal de Psicologia, Psicólogos Brasileiros: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MATTA, G. & CAMARGO JR., K. R. O processo saúde-doença como foco da Psicologia: as tradições teóricas. In: SPINK, M.J.P. (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ROSO, A. Psicologia social da saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos. *Aletheia*, n. 26, p. 80-94, dez. 2007.

SANTOS, F. M. S.; JACO-VILELA, A. M. O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 189-197, 2009.

SPINK, M. J. *Psicologia Social e Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2003.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. *PSICO*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 283-291, set.dez./2005.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol. estud.*, v. 6, n. 2, p. 49-56, 2001.

## Resumos

*The article reflects on the many relationships that are established between the fields of psychology and health, producing discursive strategies in support of new “psi” specialisms. Psychology and health, when approached, are perceived as two fields that*

*keep their specificities, which has trajectories of knowledge production and practices that sometimes are connected, and sometimes are detached. Subfields such as medical psychology, psychosomatic medicine, hospital psychology, health social psychology and mental health are discussed as thought styles produced by the approach between psychology and health. Among the effects of the delimitation of some of those subfields, the polarization that some produce between clinical and political, individual and social, theory and practice, will be discussed throughout the text. It is emphasized that the possibility of constructing new knowledge and practices is not a privilege of any field in particular. It is the very tension between theories and practices that produces the mobility of thought styles*

**Key words:** Psychology and health, thought styles, health training

*L'article se penche sur les nombreuses relations qui c'établissent entre les domaines de la psychologie et de la santé, en produisant des stratégies discursives pour défendre de nouvelles spécialisations "psi". Psychologie et santé, de cette manière approchées, sont pensées comme deux domaines qui gardent leurs spécificités, qui ont des trajectoires de production de connaissances et des pratiques qui sont parfois proches, parfois éloignées. Les sous-domaines tels que la psychologie médicale, la médecine psychosomatique, la psychologie de la santé, psychologie sociale de la santé et la santé mentale, sont discutés comme des styles de pensée issus du rapprochement entre psychologie et santé. Comme effets de la délimitation de ces sous-domaines, la polarisation que certains produisent entre la clinique et la politique, l'individuel et le social, la théorie et la pratique sera abordée tout au long du texte. On souligne que la possibilité de construire de nouvelles connaissances et de nouvelles pratiques ne se configure pas comme privilège d'un champ particulier du savoir. C'est la tension elle-même entre les théories et les pratiques qui produit la mobilité des styles de pensée.*

**Mots clés:** Psychologie et santé, styles de pensée, formation pour la santé

*El artículo reflexiona sobre las muchas relaciones establecidas entre los campos de la psicología y la salud, se produciendo estrategias discursivas en defensa de nuevas especialidades "psi". Psicología y salud, aunque aproximadas, son consideradas como dos campos que mantienen sus especificidades, que hay trayectorias de producción de conocimientos y prácticas que a veces se conectan, a veces desconectan. Subcampos como la psicología médica, la medicina psicosomática, la psicología de la salud, psicología social de la salud y la salud mental, son discutidos como estilos de pensamiento producidos en el acercamiento entre la psicología y la salud. Como efectos de la delimitación de algunos de estos subcampos la polarización que algunos producen entre la clínica y la política, lo individual y lo social, la teoría y la práctica, se discutirá en todo el texto. Se insiste en que la posibilidad de construir nuevos conocimientos y prácticas no es privilegio de uno campo en particular. Es la tensión*

*entre la teoría y la práctica, ella misma, que produce la movilidad de los estilos de pensamiento.*

**Palabras clave:** Psicología y salud, estilos de pensamiento, formación en salud

**Citação/Citation:** Kind, L. Psicologia e saúde : a produção de estilos de pensamento. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 113-129, maio de 2010.

**Editores do artigo/Editors:** Prof. Dr. José Newton Garcia de Araújo e Profa. Dra. Teresa Cristina Carreteiro.

**Recebido/Received:** 12.04.2010/04.12.2010 **Aceito/Accepted:** 18.04.2010/04.18.2010

**Copyright:** © 2010 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Financiamento/Funding:** Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados/The authors have no support of funding to report.

**Conflito de interesses/Conflict of interest:** Os autores declaram que não há conflito de interesse/The authors declare that they have no conflict of interest.

129

#### **LUCIANA KIND**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil) com Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (Belo Horizonte, MG, Brasil); professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas (Belo Horizonte, MG, Brasil).

Av. Itaú, 525 – Bairro Dom Cabral  
30535-012 Belo Horizonte, MG, Brasil  
e-mail: lukind@gmail.com