



## Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade *Social Psychology And Health: Assuming Complexity*

Mary Jane P. Spink

Pontifícia Universidade Católica de Sao Paulo - PUCSP

### Resumo

Esse artigo reflete uma posição pessoal baseada em longa trajetória de pesquisa e intervenção no contexto brasileiro. O argumento desenvolvido é que as experiências no campo da saúde são complexas e que as práticas profissionais devem ser fundamentadas tanto no saber técnico quanto na formação ampliada. A complexidade aqui referida não trata meramente de pontos de vista diferentes: das pessoas saudáveis, pacientes, médicos, profissionais de saúde, gestores e, é claro, da ciência. Trata-se da concomitância de múltiplas versões, de realidades fractais que são performadas de diferentes formas pelos muitos actantes sociais e materiais que estão presentes nessa rede heterogênea. O argumento do texto está estruturado em duas partes. A primeira meramente reposiciona multiplicidade na perspectiva da Psicologia como uma profissão da Saúde. A segunda propõe que a ação em contextos complexos exige ampla base de informação fundada mais em erudição do que em saberes técnicos: é a familiaridade com questões que são culturalmente, historicamente e direta ou indiretamente relacionadas com a organização cotidiana da atenção em saúde que irá ancorar práticas cotidianas políticas e éticas.

**Palabras clave:** Psicologia social; Profesionales sanitarias; Servicios de asistencia sanitaria; Complejidad.

### Abstract

*This paper is a position statement based on a long trajectory of research and intervention in the Brazilian context. The argument put forward is that health experiences are complex, and professional practice must be based on both technical expertise and scholarship. Complexity is not about different points of view: that of healthy people, patients, doctors, health professionals, health administrators and science, of course. It is about the concomitance of multiple versions; about fractal realities that are performed in different manners by the many social and material actants that are present in this heterogeneous network. This argument is structured in two parts. The first one merely restates multiplicity from the perspective of Psychology as a health profession. The second, proposes that action in a complex setting requires a broad base of information based on scholarship rather than technical expertise: it is the familiarity with issues that are cultural and historical and directly or indirectly related to present-day organization of care delivery that will anchor political and ethical everyday practices..*

**Keywords:** Social Psychology; Health Professions; Health Care Services; Complexity.

Em sintonia com o relançamento de um periódico científico que inevitavelmente, como o deus Janus, olha para o passado e para o futuro, o presente artigo é uma posição pessoal: uma reflexão sobre uma longa trajetória de pesquisa e intervenção no campo da Saúde e um comprometimento contínuo com um olhar crítico sobre a maneira em que psicólogos(as), especialmente psicólogos sociais, performam saúde em suas práticas. Não propõe modos de aprimorar aspectos técnicos da prática; pelo contrário, propõe que a prática é aprimorada pela formação ampliada, que tradicionalmente chamamos de erudição (ou scholarship) como na inspirada discussão de Mike Billig sobre o assunto.

A experiência é local e histórica. Como professora e pesquisadora, tenho me voltado para as questões relativas ao campo da Saúde por muitos anos. Minha tese de doutorado, defendida nos anos de 1980, centrou-se nas experiências de primeira gravidez em um período muito particular da organização dos serviços de saúde brasileiros, quando os serviços de pré-natal, em São Paulo, tornaram-se disponíveis e normativos. Desde então, trabalhei, por um curto período de tempo, como pesquisadora em uma agência de administração pública (FUNDAP) e depois como docente na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (onde no momento sou professora do Departamento de Psicologia Social), e, nestes dois contextos a Saúde foi (e é) o foco de minhas atividades. Foi com base nessa experiência que fui convidada a escrever sobre minhas perspectivas pessoais acerca da relação entre a Psicologia (especialmente de tipo Social) e a arena da Saúde. Inevitavelmente, meu ponto de referência é o modo como os serviços de saúde estão organizados no Brasil e, como tal, considerando que essa publicação e seus potenciais leitores estão inseridos em um contexto social diferente, terei que esclarecer algumas peculiaridades do entorno no qual minha experiência é derivada.

O argumento a ser desenvolvido é que as experiências no campo da saúde - nossas atividades do dia a dia, os problemas de saúde que enfrentamos ou que poderemos enfrentar no futuro e, sobretudo, as complicadas e tortuosas maneiras de manter-se saudável ou ser cuidado frente ao processo saúde-doença - são complexas e envolvem práticas profissionais que devem ser baseadas tanto no saber

teórico-técnico quanto na erudição. A complexidade a que nos referimos não trata meramente de pontos de vista diferentes: das pessoas saudáveis, dos pacientes, dos médicos, dos profissionais de saúde, dos gestores e, é claro, da ciência. Trata-se da concomitância de múltiplas versões (Law & Mol, 2002), de realidades fractais que são performadas de diferentes formas pelos muitos actantes sociais e materiais que estão presentes nessa rede heterogênea.

Para maior clareza, este artigo está estruturado em duas partes. A primeira meramente reposiciona a noção de multiplicidade a partir da consideração da Psicologia como uma profissão da Saúde. A segunda propõe que a ação em contextos complexos exige ampla base de informação fundada mais em erudição do que em saberes técnicos: é a familiaridade com questões que são culturalmente, historicamente e direta ou indiretamente relacionadas com a organização da atenção em saúde que irá ancorar práticas cotidianas políticas e éticas.

### **Existe mesmo uma Psicologia (Social) da Saúde? Multiplicidade em uma perspectiva histórica e teórica**

É impossível aprisionar questionamentos e respostas decorrentes de teoria e prática dentro de limites definidos; o conhecimento é fluido e ultrapassa fronteiras artificiais. Tendo que enfrentar dicotomias como corpo-mente, ou indivíduo-sociedade, não é surpresa que a Psicologia é muitas vezes referida como multifacetada, como um arquipélago de paradigmas solitários, como Serge Moscovici a descreveu em certa ocasião referindo-se a um de seus campos, a Psicologia Social (Moscovici, 1988).

A mesma metáfora foi usada por autores contemporâneos da Psicologia Social brasileira que dialogam com a Teoria Ator-Rede. Alessandra Tsallis e colaboradores (Tsallis, Ferreira, Morais & Arendt, 2006) sugerem que:

*Estamos mais próximos da cartografia de um arquipélago, de uma confederação sem centro de sistemas, escolas, pequenas teorias e práticas dispersas do que do mapa geopolítico de uma nação-continente unificada por um projeto comum. O que sustenta esta dispersão psicológica sob um mesmo nome? Deve-se ressaltar que não se tratam aqui de divergências teóricas e metodológicas pontuais no interior de*

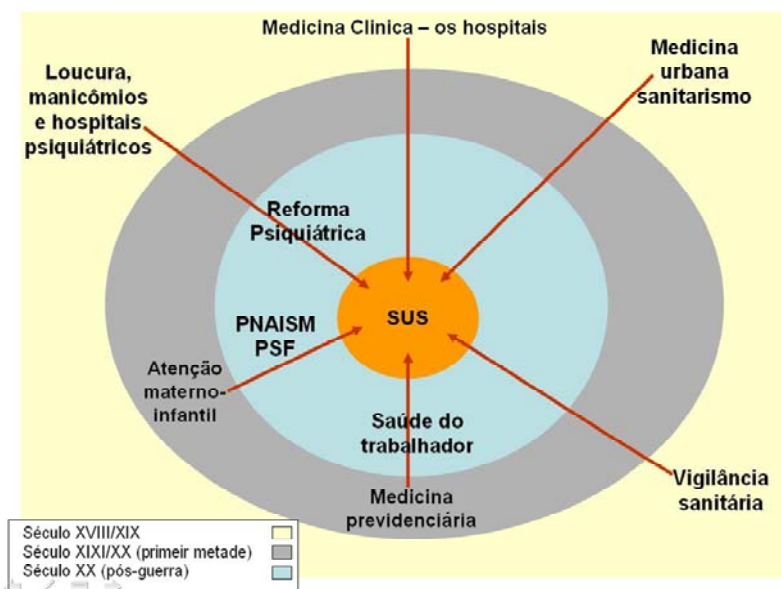
*um mesmo projeto (como a discussão física sobre a natureza da luz, se esta é onda ou partícula), mas da própria definição do que é psicologia, da coabitação nesta de projetos antagônicos. Retomando uma metáfora geopolítica, é como se numa federação, cada estado pudesse se dar a própria representação de uma nação, desconsiderando qualquer controle político central, e em franca tensão com os demais. (p. 75).*

Entretanto, diferentemente dos autores citados, não é a curiosa configuração da disciplina Psicologia que está em jogo nesse artigo. O que interessa aqui é que essa multiplicidade inevitavelmente conduz a uma inserção muito diferente das práticas psicológicas no campo da saúde. Um ponto de partida possível é, obviamente, fazer uma “história do presente”, na tradição foucaultiana, como fez Nikolas Rose em seu estudo sobre a profissionalização da Psicologia como uma estratégia biopolítica (Rose, 1998). A diversidade de teoria e prática responde à miscelânea de objetivos que a Psicologia é chamada a performar em um contexto de fortalecimento da responsabilidade governamental com relação ao bem-estar da população (Foucault, 2004).

Essa multiplicidade de inserções da Psicologia, e conseqüentemente de delimitação das

práticas profissionais no interior do campo da Saúde, está ilustrada na Figura 1. As inserções da Psicologia, com este objetivo, foram organizadas cronologicamente em estratos, considerando os marcos diferenciais de institucionalização do sistema de saúde. O estrato exterior abarca o longo período entre os séculos XVIII e XIX, que testemunhou a organização progressiva dos sistemas de garantia da saúde pública, do aparato urbano de saúde pública, da Medicina Clínica, da atenção hospitalar e das instituições psiquiátricas destinadas às pessoas consideradas loucas (Foucault, 1977, 1978, 1982; Rosen, 1963). No estrato seguinte, que abarca a segunda metade do século XIX e o primeiro quarto de século XX, ocorreu uma progressiva organização da Medicina Social, da atenção Materno-infantil e dos sistemas previdenciários criados para os pobres e para a população trabalhadora. Mas essa não é uma tarefa para a Psicologia no Brasil, ao menos não enquanto uma profissão organizada e especializada, onde o know how psicológico estava confinado ao campo da educação submetido a uma abordagem biopolítica de caráter higienista (Antunes, 2003).

Fig. 1: Contextos históricos da inserção da Psicologia na Saúde Pública



No período seguinte, na última metade do século XX, a Psicologia encontra um lugar na cena pública à medida que o modelo de prática médico-curativa passa a dar lugar à atenção básica. Muitos movimentos sociais no Brasil contribuíram para essa abertura de oportunidades para profissionais de saúde que não se afinassem com as tradicionais práticas de assistência médica. Com a volta da democracia após longo período de ditadura militar, novos sistemas foram criados para prover atendimento à população ativa (Sato, Lacaz & Bernardo, 2004) e para a reorganização da saúde mental. Os trabalhadores da saúde mental e da saúde ocupacional uniram forças com profissionais de saúde de postura crítica na luta pela organização de um sistema universal de atenção em saúde, o que levou à elaboração do Sistema Único de Saúde, SUS (Faleiros et al, 2006).

Como conseqüência, desde a década de 1980, mas mais fortemente a partir de 1990, o sistema de saúde vem abrindo postos de trabalho para psicólogos, que passaram a participar mais substancialmente na promoção da saúde. Contudo, números também dão visibilidade à multiplicidade. Em 2005, como resultado do acordo de cooperação entre a Associação Brasileira para o Ensino de Psicologia (ABEP), o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, um estudo foi desenvolvido para mapear a presença e as práticas dos psicólogos nos serviços de saúde pública com o objetivo de prover subsídios para implementar mudanças nos cursos de graduação de Psicologia de modo a preparar estudantes para o trabalho no campo da Saúde (Spink, 2007a)<sup>1</sup>.

Esse estudo envolveu duas estratégias. A primeira consistiu na análise do banco de dados sobre os estabelecimentos de saúde disponibilizada pelo Ministério da Saúde (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES) complementada com a base de dados específica para profissionais de Psicologia organizada pelo Sistema Conselhos de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia e Conselhos Regionais de Psicologia). A segunda estratégia consistiu em entrevistas por telefone com

uma amostra de 250 psicólogos, conduzida por uma agência de telemarketing, a partir de questões levantadas pela equipe de pesquisadores.

Até o momento em que essa pesquisa foi realizada, existiam 14.407 psicólogos registrados no banco de dados do Ministério da Saúde, número que vem crescendo com a expansão do SUS. Entretanto, esse número está longe de ser expressivo quando consideramos o total de profissionais registrados nos Conselhos. A porcentagem de profissionais ligados ao SUS, em média, representa apenas 10% do total de profissionais registrados nos Conselhos. Esse número varia de 8%, nas regiões do Norte, para 15% no Nordeste - a região com maior número de psicólogos atuantes no SUS.

Entretanto, não é a presença da Psicologia nos serviços de saúde que está aqui sendo avaliada, embora esses números fortaleçam o argumento de que os profissionais devem se preparar melhor para atuar neste contexto. Mais impressionante que números é a variedade de práticas e de fundamentações teóricas relatada nas entrevistas. A tabela 1 dispõe esta diversidade de abordagens teóricas que ancoram práticas<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Atualmente, está em andamento um processo de reforma curricular que está abrindo espaço para a discussão sobre a Saúde, especialmente a Saúde Pública nos cursos de graduação em Psicologia, assim como outras experiências de integração das universidades com os serviços de saúde, como o PRO-SAUDE.

---

<sup>2</sup> Dados obtidos em resposta à questão: "Qual é o fundamento teórico e metodológico de seu trabalho?".

**Tabela 1: Abordagens teóricas para atuação dos psicólogos no SUS**

<b>Theoretical basis (multiple responses)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Psychoanalytic (Freud, Winnicott, Lacan, Melanie Klein, Bion)	82	32,8
Behavioural/Experimental/Cognitive/Motivational	37	14,8
Psychanalytic and Gestalt/ Humanistic/Psychosocial/Other	17	6,8
Brief/Focal Psychotherapy	15	6,0
Psychoanalytic and Behavioural (Cognitiv/Behaviorist)	13	5,2
Psychosocial/Community/Institutional/Psychodramatic	13	5,2
Various (excluding Psychoanalysis)	9	3,6
Systemic Theory	8	3,2
Developmental theories, Piaget	8	3,2
Phenomenological, Existential, Humanist (Rogers)	7	2,8
Organizational, Work and Hospital Psychology/Human Relation Theories.	6	2,4
Psychodynamics/Psychopathology/ Personality Theories/Diagnostic Techniques	5	2,0
Analtic/Junguian	4	1,6
Gestalt	4	1,6
Doesn't know/ did not inform	2	0,8
Outras*	20	8,0
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>

\* \* A categoria "Outras" recebeu um número expressivo de respostas, tais como Teoria de Formação do Caráter, Psico-oncologia, Psicossomática, dentre outras

Estamos, portanto, de volta à metáfora do arquipélago e precisamos lidar com o dilema de tratar com a complexidade a partir de duas frentes: aquela derivada da Psicologia como multiplicidade de teorias e modos de prática, e aquela relativa à Saúde como uma arena de complexidade, onde a cultura, a política e a história se misturam. Podemos trabalhar com a complexidade? Podemos nos afastar da sedução da simplificação?

Simplificação implica domesticar a diversidade por meio de definições e versões de histórias que objetivam argumentar a favor da especificidade da Psicologia frente aos diversos outros campos de conhecimento que têm a sociabilidade como seu foco. Trata-se de ordenar o conhecimento em compartimentos dentro das diversas instituições contemporâneas que atuam como guardiãs do conhecimento legítimo. Uma breve incursão na literatura sobre história do conhecimento nos leva a concluir que a proposta ordenadora emerge em dois contextos distintos. Inicialmente, está associada à explosão de informação que foi

colocada em circulação como efeito das novas tecnologias, como a imprensa, e das viagens de descobrimento na transição para a modernidade. Peter Burke (2003) propõe que esta tarefa de ordenação assentou-se, nessa época, em três estratégias: os currículos universitários, as bibliotecas e as enciclopédias. Embora nenhum desses sistemas possa ser tomado como reflexo de idéias gerais sobre a organização do conhecimento, estando sujeitos às vicissitudes internas a cada área, há sobreposições minimamente no que diz respeito à própria necessidade de classificação. Contudo, "onde os três sistemas se sobrepõem, as categorias fundamentais provavelmente expressam as suposições da população universitária, se não da população em geral, ou, como o historiador francês Lucien Febvre costumava dizer, seu 'equipamento intelectual'" (Burke, 2003, p. 86).

Em um segundo momento, a emergência de novas disciplinas, como no caso das ciências humanas, faz com que se abandone o ideal da *mathesis universalis* (a ciência universal mo-

delada na matemática visualizada por Descartes e Leibniz) em prol da especialização, instaurando a dupla problemática da diferenciação entre campos de saber e da classificação dos mesmos em termos de seu grau de formalização.

*Na época clássica, desde o projeto de uma análise da representação até o tema da mathesis universalis, o campo do saber era perfeitamente homogêneo: todo conhecimento, qualquer que fosse, procedia às ordenações pelo estabelecimento das diferenças e definia as diferenças pela instauração de uma ordem [...]. Mas, a partir do século XIX, o campo epistemológico se fragmenta ou, antes, explode em direções diferentes. Dificilmente se escapa ao prestígio das classificações e das hierarquias lineares à maneira de Comte [...]. (Foucault, 1966/1987, p. 363).*

Entretanto, esses esquemas racionais de classificação reduzem a complexidade, pois ordenam, dividem, simplificam e excluem; eliminam as nuances de cinza entre o branco e o preto. O efeito do ordenamento não reduz apenas por expulsar a anomalia ou o indesejável para as margens; ele oferece a ilusão de que nele todas as relações podem ser explicadas. Porém, outros modos de lidar com a diversidade podem ser propostos. John Law e Annemarie Mol (2002), aliando-se a todos aqueles que recusam a tendência a simplificar a realidade, perguntam-se: o que é a complexidade e como podemos lidar com ela em nossas práticas de produção de conhecimento?

Concordam que denunciar a violência dos esquemas simplificadores é sem dúvida apropriado, mas também consideram que a mera denúncia é problemática por ser agradável e simples demais! Não basta denunciar: precisamos criar maneiras de lidar com a complexidade de modo que esta possa ser aceita, produzida e performada. Quando, ao invés de "ordem", descobrimos que há diversidade de ordens (maneiras de ordenar, estilos, lógicas, repertórios, discursos), a dicotomia entre simples e complexo começa a se dissolver. A ordem dá lugar às performances, aos efeitos.

Certamente, essa postura envolve não simplesmente lidar com a diversidade como uma pluralidade de pontos de vista. Esse exercício de desconstrução implica a compreensão da diferença entre pluralidade e multiplicidade (Mol, 1999), ou, mais precisamente, requer a aceitação de que a realidade é ela mesma múltipla. Daí a importância de nos referirmos a "ontologias", no plural. Se diversidade é in-

terpretada como pluralidade, caímos na armadilha de considerar a existência de uma mesma realidade vista a partir de múltiplas perspectivas. Dessa maneira, as diversas fundamentações teóricas dispostas na Tabela 1 tornam-se pontos de vista que competem entre si pela hegemonia do campo (assim como competem com teorias do senso comum trazidas em cena pelos usuários dos serviços de saúde).

Referir-se à realidade como múltipla requer uma série diferente de metáforas. Não mais perspectivas ou construção, mas intervenção e performances. Multiplicidade sugere que a realidade é feita e performada (done and enacted) por meio de várias ferramentas no curso de uma diversidade de práticas, ao invés de ser observada a partir de uma pluralidade de pontos de vista, enquanto permanece intacta. Nesse sentido, multiplicidade nos fala de coexistência de versões, e é preciso descobrir maneiras de lidar com isso em nossos textos e pesquisas. Essas formas distintas de pensamento e ação acerca dos problemas de saúde não são práticas sociais ensimesmadas – elas interferem umas com as outras, revelam conexões parciais, de modo que poderíamos conceber complexidade justamente como o ponto de encontro de vários ordenamentos simplificadores.

Portanto, como podemos lidar com a diversidade de modo complexo? O argumento que defenderei é que os saberes técnicos e teóricos não são suficientes. Desse modo, precisamos favorecer outros modos de lidar com a diversidade que levem a sério a erudição.

### **Mais do que técnicas: a necessidade de erudição como base para a ação**

Na introdução deste texto, de acordo com Mike Billig, sugeri que, para trabalhar com a complexidade devemos levar em consideração a formação ampliada, que tradicionalmente chamamos de "capital cultural" (ou erudição). Billig, a bem dizer, referia-se à erudição como uma postura anti-metodológica. Contudo, suas considerações se aplicam à postura anti-técnica (ou teórica) proposta por esse artigo:

*O erudito tradicional partia do pressuposto que deveria ler o mais amplamente possível, e em tantas línguas quanto possível. Por meio de ampla leitura, adquiria-se a extensão e a*

*profundidade de conhecimento, assim como a habilidade de realizar conexões entre fenômenos aparentemente desconexos (Billig, 1988, p. 200).*

A prática no contexto da saúde vai além da mera aplicação de técnicas baseadas em perspectivas teóricas. Embora necessárias, as técnicas devem ser adaptáveis e flexíveis para conseguirem ser capazes de lidar com os aspectos multidimensionais do campo da saúde. Minha experiência pessoal de pesquisa ao longo desses muitos anos me levou à conclusão que a erudição, nesse caso, abarca a produção de conhecimento derivada da Antropologia, Sociologia, Política, Administração e Medicina, assim como da própria Psicologia Social. A familiaridade com esses domínios é necessária com referência a, pelo menos, três domínios de práticas de caráter político: sentidos culturais (e históricos) contextualizados sobre saúde e doença; a atenção à saúde como estratégia de governamentalidade e suas tensões referentes à ressignificação da Saúde como direito e dever.

### **Um primeiro desafio na busca de erudição: compreender a diversidade dos processos de saúde e doença**

Florencia Tola, em seus estudos dos Qom, na região do Chaco argentino, usa a expressão “pessoa corporizada” e “extensões corporais” para analisar como corpo e pessoa são vividos por gente que não limita a condição de pessoa à pessoa humana e para quem a pessoa não acaba nos limites impostos pelo corpo. “O conceito de pessoa corporizada permite levar em consideração as estreitas relações entre a pessoa e os processos coletivos de constituição corporal. A pessoa corporizada assim se torna graças a outras pessoas que desencadeiam o advento e a sua transformação em um corpo” (Tola, 2007, p. 502). Além disso, alguns componentes da pessoa são concebidos como extensões que, mesmo quando estão para além de seus limites corporais. Alguns componentes, como os fluidos corporais como o esperma, são extensões por provirem de outros corpos; outros, como o Iqui’i e o nome próprio, são feitos de elementos destacáveis da pessoa. E, como alguns fluidos corporais, esses são suscetíveis de serem capturados por inimigos.

A análise do Iqui’i é particularmente fascinante e se conecta aos estudos de Carlo Ginsburg

sobre bruxaria e culturas agrárias dos séculos XVI e XVII (Ginsburg, 1992). Dois aspectos da análise realizada por Tola chamam a atenção. Em primeiro lugar, a pessoa existe de forma potencial e virtual; vive no céu antes de descer ao ventre feminino e começar sua transformação em corpo humano. Em segundo lugar, o Iqui’i não fica preso ao corpo; por exemplo, habitualmente deixa o corpo durante os sonhos para visitar outras pessoas, vivas ou mortas (por isso, os Qom esperam alguns minutos antes de saírem da cama para dar tempo ao Iqui’i de encontrar seus corpos).

Eu mal posso imaginar como reagiria um psicólogo sem erudição que trabalha na região do Pantanal - equivalente brasileira do Chaco argentino - ao entrar em contato com um usuário do serviço de saúde que descreve seus problemas como relacionados a seu Iqui’i vagante - nesse caso, muito provavelmente a rede de saúde mental seria ativada.

A literatura histórica e local sobre os sentidos de saúde e doença é vasta e conta com registros preciosos. Mas por que um psicólogo da saúde que não tem gosto pela leitura, deve estar familiarizado com esses relatos de alteridade? Minha resposta sempre tem sido: porque as práticas em saúde exigem comunicação, o que demanda uma compreensão mútua dos repertórios usados para dar sentido aos assuntos que envolvem saúde e doença. Trata-se de ações em contextos locais e geralmente face a face.

Repertórios, segundo Jonathan Potter et al (1990), são termos, conceitos, lugares-comum e figuras de linguagem que são usados em nossas práticas discursivas. Porém, quando trabalhamos com repertórios, precisamos encarar o fato de que eles fazem parte de uma longa história cultural. Além disso, em nossas práticas profissionais não lidamos apenas com repertórios adquiridos por meio da literatura psicológica. Assumimos e deixamos de assumir diversas posições interacionais ao longo do dia e, desse modo, usamos repertórios que têm ressonâncias no tempo longo da história, embora essa história torne-se presente através do discurso. Em nossa perspectiva (Spink, 1999), temos lidado com esse paradoxo apoiando-nos em uma versão do tempo em três dimensões: o tempo longo da história, o tempo vivido de nossas experiências e o tempo do aqui-e-agora das interações. O tempo longo da história torna-se presente através da circu-

lação desses repertórios apoiada nas muitas mídias que encontramos em nosso dia a dia: iconografia, literatura, documentos. Embora sejam produtos de contingências específicas, continuam presentes e são capazes de transmitir significados em uma variedade de artefatos culturais. O tempo vivido consiste basicamente no filtro constituído por nossos processos de socialização primária, secundária e pós-secundária. É semelhante ao conceito de habitus de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1994), com um toque do conceito de coletivo de pensamento de Ludwig Fleck (Fleck, 1979). Um filtro, mas não uma imposição, uma abertura, talvez, à multiplicidade. Finalmente, quanto ao tempo das interações do aqui-e-agora; o processo de comunicação e negociação de significados envolve a articulação de repertórios em uma ordem negociada.

Se a familiaridade com repertórios histórica e culturalmente contingentes é necessária, a erudição é certamente um modo de aquisição de habilidades comunicativas nos encontros entre profissionais de saúde e usuários. Essa consideração foi posta em prática em uma variedade de projetos de pesquisa conduzidas pelos membros do grupo de pesquisa por mim coordenado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Um desses projetos surgiu do incômodo com o uso acrítico de repertórios relativos aos discursos sobre risco em contextos biomédicos. Como resultado, de 1998 a 2005, uma série de estudos foi realizada sobre uma variedade de aspectos relacionados aos discursos sobre risco: sua circulação na mídia, as experiências de risco na vida cotidiana, e o papel da mídia na legitimação do risco-aventura<sup>3</sup>. Com base nesses estudos cumulativos, os repertórios associados com risco foram categorizados de acordo com três tradições: risco como perigo (que antecede a introdução da palavra risco nos vocabulários ocidentais), risco como probabilidade e risco como aventura.

O último estudo nesse programa de pesquisa ("Risco e incerteza na sociedade contemporânea") se ateu à incorporação do risco-aventura em práticas socialmente aceitas. Mais especificamente, seu objetivo era compreender como as imagens de risco-aventura que circulam na mídia tornam-se metáforas

para a legitimação de posições de pessoas abertas às experiências que envolvem coragem, desafios e adrenalina. Esse estudo desenvolveu duas estratégias: uma análise diacrônica de uma amostra de 210 exemplares de uma revista popular, VEJA, cobrindo o período de 1968 a 2003; e uma análise sincrônica de uma amostra de 101 revistas temáticas. Todas as revistas foram esquadrinhadas em busca de repertórios de risco textuais ou imagéticos, relacionados com as três tradições dos discursos sobre risco. Em uma perspectiva sincrônica, a análise das revistas temáticas proporcionou valiosas contribuições sobre como as mensagens de risco são destinadas a públicos específicos. A análise diacrônica contribuiu particularmente na compreensão sobre a incorporação progressiva do risco-aventura como um estilo de vida legítimo, processo que parece ter ocorrido em dois movimentos complementares: um relativo à profissionalização dos esportes radicais e o outro associado com a oferta de aventura para turistas. A análise diacrônica das imagens utilizadas em propagandas permitiu uma melhor compreensão da utilização do imaginário do risco-aventura como convite à participação nesta particular comunidade de consumidores.

A análise dos repertórios associados às três tradições dos discursos sobre risco ofereceu oportunidade de avanços teóricos e metodológicos que alimentaram uma análise crítica mais aprofundada acerca da promoção de saúde, assim como uma melhor compreensão das estratégias de redução de danos destinadas àqueles que optam por estilos de vida mais arriscados.

### **Compreendendo o contexto da prática no cenário da Saúde: a atenção à saúde como uma estratégia de governamentalidade**

A atenção à saúde é historicamente situada e, seguindo um modo linear de ordenamento, a linha do tempo das instituições de saúde é facilmente traçada. Segundo Michel Foucault (1982), uma primeira mudança ocorre quando a sociedade feudal dá lugar a Estados-Nação e o direito dos soberanos de matar ou deixar viver transforma-se no dever de proteger as populações. A saúde torna-se uma estratégia de governamentalidade e, de acordo com o conceito rizomático de poder de Foucault, o

<sup>3</sup> Para mais informações sobre publicações, consulte: <http://lattes.cnpq.br/9915632947357389>



dever de proteger é estendido a uma série de instituições que tem a biopolítica como foco. Na linha do tempo foucaultiana, a intervenção do Estado no campo da Saúde ocorreu por meio da institucionalização da Medicina Social, em um processo que aconteceu de modos distintos, porém relacionados, em diferentes contextos.

No começo do século XVIII, na Alemanha, um sistema de saúde se estabeleceu com base em duas estratégias: a observação detalhada da morbidade da população e a normatização da prática médica. A seguir, no mesmo século, a França organizou uma série de medidas sanitárias com três objetivos relacionados: analisar tudo o que, no espaço urbano, pode causar doenças; controlar a circulação de pessoas e elementos, como o ar e a água; e organizar a distribuição de sequências - separar água e esgoto, por exemplo. Além disso, no final do século XIX, prevaleceu o modelo inglês - um modo de atenção à saúde que, estando associado à Revolução Industrial, colocou a força de trabalho em seu centro. Desenvolvido concomitantemente em muitos países do hemisfério ocidental, esse modelo foi exportado para os países em desenvolvimento que haviam se tornado livres da dependência colonial. Sua tripla missão esteve firmemente associada com crescimento e desenvolvimento de acordo com os padrões ocidentais: controle de vacinação; organização e registro das doenças epidêmicas e infecciosas; localização e eliminação dos focos de insalubridade. Esse modelo, fortemente associado com a ascensão do Estado do Bem-Estar Social, baseava-se em três ordens de atenção à saúde, dispostos na Figura 1: assistência médica ao pobre garantida pelo livre acesso ao sistema de saúde; controle da força de trabalho e esquadrinhamento da saúde pública.

Contudo, para muitos países da América do Sul, esse modelo não se encaixou perfeitamente. No Brasil, o caminho para um sistema único de saúde - o SUS - foi longo e tortuoso. Por muitos anos, ou até séculos, a atenção à saúde para aqueles que não tinham acesso ao sistema de saúde privado foi relegada às Santas Casas - instituições ligadas a grupos religiosos, especialmente à Igreja Católica. A primeira organização estatal dos serviços de saúde data de 1923 (Lei Eloy Chaves) através das "Caixas", uma estratégia governamental para minimizar potenciais conflitos com as

classes trabalhadoras. O principal objetivo das "Caixas" era prover a seguridade social por meio de pensões, de modo semelhante a muitos países europeus (Ewald, 1986). A atenção à saúde era secundária, e, de qualquer modo, contava com um modelo muito restrito de assistência, voltada para aqueles grupos de trabalhadores que se organizavam internamente por meio de cooperativas e sindicatos. Por muitos anos, houve várias tentativas de unificação e reorganização das "Caixas": um modelo verticalizado por setor de produção (os Institutos de Aposentadoria e Pensão), e a seguir, já em 1966, por meio da unificação da atenção médica no modelo do Instituto Nacional de Previdência e Saúde, o INPS.

Esse anseio por unificação se fortificou na década de 1970. De acordo com Sonia Fleury Teixeira (1984)<sup>4</sup>, a reorganização necessária contemplou diversas medidas, incluindo a extensão da cobertura previdenciária de modo a incluir toda a população urbana e parte da rural e a reorientação para prática médico-curativa individual, em detrimento de medidas de caráter preventivo e de interesse coletivo. Mas também introduziu uma tendência à alocação preferencial de recursos previdenciários para a compra de serviços de prestadores privados, propiciando a mercantilização da atenção à saúde e a expansão da base tecnológica da rede de serviços, com o uso de exames caros e o consumo de medicamentos.

No final da década de 1970, a inadequação desse modelo em relação à realidade sanitária do país tornou-se clara. Com o enfraquecimento da ditadura militar e com os primeiros sinais do esgotamento do modelo econômico que prevaleceu até então, movimentos sociais começaram a se organizar, entre eles, o Movimento Sanitário - uma ampla movimentação de discussões e proposições rizomáticas envolvendo profissionais de saúde, membros da própria burocracia estatal, professores universitários, pesquisadores e organizações populares.

O movimento sanitário mostrou sua força em vários fóruns que prepararam o caminho para a nova Constituição, aprovada em 1988. Nesta declaração de princípios, a saúde é reconhecida como direito de todas as pessoas e dever

<sup>4</sup> Sonia Fleury Teixeira é uma das poucas psicólogas brasileiras dedicadas à análise das políticas públicas em Saúde.

do Estado, estabelecendo os princípios básicos da universalidade e gratuidade. O texto da Constituição também estabelece uma estrutura básica para a assistência da saúde, baseada na administração descentralizada; desse modo revertendo a tendência à centralização no Governo Federal em consonância com as necessidades locais, assim como institui o controle social como princípio fundante da participação democrática em todas as instâncias de gestão e assistência.

O SUS foi aprovado por lei em 1990 (Lei 8080). Tem como princípios básicos a universalidade de acesso ao sistema de saúde, a equidade das ações de atenção à saúde, e a integralidade da atenção. Sua organização está baseada na assistência integral, na administração descentralizada e no controle social.

Contudo, por que a familiaridade com essa história deve ser considerada "erudição"? O SUS continua em sua infância; ainda há muito o que fazer de modo a fazê-lo funcionar de acordo com seus princípios básicos e essa tarefa é responsabilidade de todos nós. O contínuo questionamento dos obstáculos a sua implementação irá criar o cenário para a ação efetiva. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde carregam a responsabilidade da ação política; a participação política não acontece do nada. Para muitos de nós que trabalhamos com pesquisa no campo da saúde, é sempre um anseio que os estudantes de graduação não sejam tão alheios às propostas em que o SUS está ancorado. E mais, o SUS, como discutido no início desse texto, oferece uma alternativa viável e em muitos casos a única possibilidade para desenvolver uma carreira em Psicologia.

Além disso, novas modalidades de atenção à saúde no SUS afinaram-se com ações multiprofissionais de modo a lidar com as dificuldades enfrentadas à assistência integral. Experimentações em matriciamento, no âmbito do modelo de "Saúde Paidéia" (Campos, 2003), por exemplo, têm exigido reflexões acerca do que é compartilhado entre os profissionais de saúde e o que pertence a domínios específicos de saber.

O matriciamento é um tipo de organização participativa da atenção à saúde baseada em uma matriz em que os diversos profissionais estão envolvidos. Opera por meio da criação de redes de relacionamentos e trocas entre

profissionais de vários serviços que cuidam da saúde dos clientes. O objetivo desse tipo de estrutura é garantir que as equipes profissionais estejam cientes das trajetórias dos usuários nos serviços de saúde, assim como garantir atenção integral em todos os níveis da assistência.

Essa proposição é inovadora em muitos sentidos. Contudo, têm sido realizadas experimentações, restritas a programas verticais, onde a integralidade e o matriciamento têm prevalecido. Este é o caso do Programa Nacional de AIDS. Iniciado nos anos de 1980, o Programa de AIDS ganhou muitos prêmios internacionais e colaborou com a implementação de sistemas de saúde similares em outros países do terceiro mundo. Envolvi-me com a pesquisa e a política de AIDS a partir de 1993 como principal investigadora dos aspectos comportamentais e sociais de um possível estudo sobre vacinas. Posteriormente, entre 1994 e 2003, fui membro da Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS). Esse envolvimento certamente alimentou minha posição sobre a necessidade dos psicólogos em tornarem-se familiares com as questões políticas do campo da saúde.

Criada em 1986, a CNAIDS reviu diversas vezes seu papel e sua composição como resultado tanto da institucionalização do Programa de AIDS, quanto da necessidade de se adequar às diretrizes do recém-criado SUS. Por conta de minha familiaridade com o campo da AIDS e da longa participação como membro da Comissão, fui convidada a desenvolver um exercício avaliativo, solicitação que foi por mim reinterpretada como um projeto de pesquisa com os seguintes objetivos: compreender a contribuição histórica da formulação de políticas destinadas à AIDS no Brasil; reconsiderar seu papel diante da proliferação de comissões específicas criadas para lidar com aspectos técnicos do controle da AIDS; e compreender seu papel como um espaço de diálogo com movimentos sociais organizados.

Para cumprirmos essa tarefa, (a) analisamos uma variedade de documentos relativos à apresentação pública do CNAIDS, às normas internas de conduta e aos registros de temas e procedimentos das 63 reuniões realizadas desde 1986, (b) entrevistamos o Diretor do Programa de AIDS, o Secretário Executivo da comissão e alguns de seus membros mais antigos e (c) coletamos depoimentos de todos os membros afiliados sobre a comissão.

Os resultados (Spink, Galindo & Garcia, 2003) foram inicialmente apresentados a todos os membros da comissão de modo a incorporar correções e sugestões à análise. Posteriormente, o relatório foi apresentado ao diretor do Programa e a um dos mais antigos membros em uma reunião especialmente solicitada para esse propósito. Isso levou a uma proposta de reestruturação da comissão.

Esse é um exemplo de pesquisa-intervenção no campo da política em saúde que ilustra as múltiplas possibilidades de prática que estão abertas aos psicólogos (e a outras profissões da saúde) que não se atém ao saber técnico.

### **Antigas demandas e novas tensões: saúde como direito ou como dever?**

Muitos autores contemporâneos têm abordado as mudanças que estão ocorrendo na biopolítica como resultado da ênfase na promoção da saúde a partir da segunda metade do século XX. De um lado, tem sido enfraquecida a ligação entre a saúde individual - especialmente a saúde reprodutiva - e a qualidade da raça ou da Nação baseada em um tipo de biopolítica eugênica. De outro lado, a longevidade - e não mais a morbidade - define a saúde da população. A longevidade está associada com melhores condições de vida e com avanços na tecnologia médica; representando uma questão mais fortemente associada com países em desenvolvimento. Entretanto, esse é também um problema para países como o Brasil, onde a pobreza e as doenças a ela relacionadas ainda não estão sob controle.

Embora a promoção da saúde ainda tenha como foco a "saúde da Nação", não se trata mais das consequências da falta de saúde para a defesa das fronteiras ou conquista de novos territórios. As consequências são agora expressas em termos econômicos, relacionados aos custos da saúde-doença, aos dias de trabalho perdidos, ao custo dos seguros de saúde, ou ainda, são expressas em termos morais, i.e. pela necessidade de redução das desigualdades de condições de saúde (Rose, 2007, p. 63).

Essas novas abordagens ainda estão conectadas ao governo da vida. Entretanto, essa forma de governo da vida não mais se atém ao controle externo do que é considerado indesejável a partir da perspectiva da vitalidade

da população ou da raça. Modos contemporâneos da biopolítica funcionam a partir da administração do risco (Castel, 1987; Rose, 2007; Spink, 2001): um conjunto de "modos de pensamento e ação que envolvem cálculos sobre futuros possíveis a partir do presente, seguido por intervenções no presente para controlar esse futuro potencial" (Rose, 2007, p. 70).

Essa estratégia ainda baseia-se em princípios de segurança, mas não mais na mera distribuição dos custos dos acontecimentos adversos, como os acidentes, a doença e a morte. Na promoção da saúde, existe uma expectativa de eliminação de riscos por meio de medidas antecipatórias, como exames clínicos cada vez mais sofisticados ou a adoção de estilos de vida que promovam a saúde. Essa expectativa requer a exacerbação de processos de individualização, herdados do Cristianismo, chamados por Foucault de "poder pastoral".

A metáfora pastoral é útil para compreender esse tipo de poder que pode articular disciplina e biopoder; consequentemente, ao mesmo tempo em que é coletivista (voltado para o rebanho como um todo) e individualizado (voltado para cada ovelha individual). Uma forma de poder que não mais é controlada somente pela complexa rede de leis, agências governamentais, instituições de pesquisa e comitês de regulação; é administrada por cada de um nós em nossas relações com os especialistas do corpo: médicos, profissionais de saúde (incluindo psicólogos) e assistentes pessoais de muitos tipos.

Neste novo sentido, a saúde demanda intensa participação pessoal. Cada um de nós deve assumir a responsabilidade por nosso próprio bem-estar. Esse argumentado está baseado em dois modos separados de relacionamento com o sistema de saúde, um relativo aos avanços na arena dos direitos; o outro concernente às recentes transformações das tecnologias médicas.

Historicamente, a saúde só recentemente tornou-se um direito. Por muito tempo, a Medicina curativa excluiu grande parte da população: para os ricos, as tecnologias mais avançadas de diagnóstico e assistência; para os pobres, as Santas Casas, caridade ou nada. Foi por parte dos movimentos sociais derivados das precárias condições de trabalho do capitalismo industrial que os serviços de saúde

de foram organizados. O acesso aos serviços de saúde pode, desse modo, ser visto como uma conquista dos movimentos populares e como uma resposta à sensibilidades contemporâneas frente às desigualdades. Um direito que, em nossa perspectiva, foi só recentemente conquistado no Brasil com a criação do SUS em 1990.

Contudo, à medida que as condições de vida melhoraram, assim como melhorou o controle das doenças infecciosas responsáveis pela morte de muitos indivíduos nos países mais pobres, outras doenças tornaram-se epidemiologicamente mais relevantes. A expectativa de vida aumentou, assim como a prevalência das doenças crônicas: doenças cardíacas, diabetes, acidentes vasculares cerebrais (derrames) e muitas outras doenças degenerativas próprias da velhice. Para encarar esse cenário de mudanças, estratégias preventivas ganharam importância fundamental. É verdade que a prevenção sempre esteve presente em práticas populares e especializadas. Por exemplo, a prevenção era central para o sistema proposto por Leavell e Clarke em 1965 em sua classificação de três termos: prevenção primária, secundária e terciária. É sobre a prevenção primária que vimos a reconfiguração do discurso sanitário desde a década de 1970.

Esta é uma narrativa que tem história antiga, e tem como marcos o Relatório do Ministro de Saúde do Canadá, Lalonde, publicado em 1974, e a famosa Conferência de Alma Ata em 1978. Atualmente, a ênfase na promoção está bem estabelecida e foi incorporada às concepções modernas de gestão e controle social. De acordo com Márcia Westphal (2006), essa concepção moderna da promoção baseia-se em cinco princípios: (1) uma concepção holística de saúde baseada na multicausalidade do processo saúde-doença; (2) a equidade como forma de enfrentar as desigualdades estruturais relacionadas à distribuição desigual dos determinantes de saúde; (3) a intersectorialidade como estratégia para dar conta da complexidade do processo saúde-doença; (4) a participação social na definição de políticas, no controle social e na avaliação de ações e serviços, e (5) a sustentabilidade como forma de garantir a continuidade.

Essa é uma posição politicamente correta, sem dúvida. Entretanto, ela não está imune à críticas: por ser demasiadamente prescritiva

quanto a estilos de vida considerados saudáveis, e por reforçar a responsabilidade individual pela saúde, fragilizando o papel do Estado. Para além das críticas possíveis, a promoção da saúde inaugurou uma modalidade de biopolítica que não tem mais como horizonte a população como um todo. A saúde, atualmente, é re-configurada em termos econômicos (quanto aos custos relativos às faltas ao trabalho e ao sistema de seguridade social) ou morais (o imperativo contemporâneo de redução das desigualdades na arena da Saúde). Nesta nova modalidade, o Estado mantém suas obrigações tradicionais frente à população como um todo: a distribuição de água, a sanitização do esgoto, o controle dos medicamentos e dos alimentos etc. Porém a responsabilidade de proteger cada membro individual da população, alcançada no Estado do Bem-Estar Social, foi transferida. Neste novo cenário, de economia tipicamente neoliberal, cada indivíduo torna-se responsável por sua saúde. Direito torna-se dever: o dever de manter-se saudável.

Além disso, a transferência de responsabilidade pela saúde de cada um de nós individualmente, fomentada por repertórios morais e econômicos, cria um espiral que amplifica o próprio sentido de saúde (Spink, 2007b), um espiral que é alimentado pelo fornecimento seletivo de informação inspirado pelo atual ethos de comunicação. Essa amplificação pode ser melhor compreendida da perspectiva dos novos desejos fomentados pelas mais recentes tecnologias médicas - referidas por muitos autores como "tecnologias da vida": por exemplo, a biotecnologia moderna e seu arsenal de técnicas diagnósticas que reconfiguram nossos processos vitais e nossas relações com nossos corpos.

Há duas dimensões importantes nessa reconfiguração: a susceptibilidade individual (susceptibility) e o aprimoramento (enhancement). Susceptibilidade, segundo Nikolas Rose (2007), refere-se à identificação e ao tratamento dos problemas com base na probabilidade de acontecimentos futuros. Não mais envolve o reconhecimento de fatores de risco com base em correlações, mas a identificação de variações genéticas precisas que podem desenvolver determinadas doenças. Envolve trazer futuros prováveis para o presente. O aprimoramento é igualmente orientado para o futuro: qualquer capacidade do corpo ou da

alma é possível de ser aprimorada por intervenções tecnológicas. Pense nos recordes do esporte batidos graças às substâncias químicas ou ao uso de roupas especiais. Essas intervenções não são mais destinadas à pacientes; elas têm como alvo “consumidores” que escolhem por conta de seus desejos aparentemente triviais ou irrelevantes, não mais formatados por conselhos médicos, mas pela propaganda e pela cultura de consumo.

A Saúde deve ser pensada a partir de uma perspectiva ético-política. O ideal da Saúde, em meados do século XIX, era determinado por governamentalidades: uma população saudável fazia parte da riqueza do Estado. Esta ética foi reconfigurada pela proliferação de direitos, assim como pelos novos desejos por saúde fomentados pela propaganda biomédica. Esses desejos são fruto de necessidades pessoais que, além disso, configuram uma nova biosocialidade (Rabinow, 1996), como o ativismo no cenário da AIDS ou os muitos grupos de defesa que lutam pelos direitos de pacientes.

Esta é uma ética em que a maximização dos estilos de vida saudáveis e da qualidade de vida tem tornado-se obrigatória. Estilos de vida, casualmente, não estão circunscritos à arena da Saúde. De acordo com Luiz Castiel e Carlos Diaz (2007), esta noção vem sendo usada pela Sociologia há muito tempo; pode ser encontrada em Max Weber e, mais recentemente, na teorização de Pierre Bourdieu sobre habitus. Na Sociologia, entretanto, a noção diz respeito a modos de vida que são típicos de certos grupos dentro de uma população. São categorias coletivas que, na Modernidade Tardia, segundo Anthony Giddens (1991), passaram a ser aplicadas a indivíduos desterritorializados pelo processo de globalização. Estilos de vida, para Giddens, podem ser definidos como “um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo abraça, não somente porque essas práticas satisfazem necessidades utilitárias, mas porque elas dão forma material a uma narrativa auto-identitária singular” (Giddens, 1991, p. 81).

Certamente, em uma perspectiva individualista, estilos de vida envolvem escolhas - quando escolhas são possíveis; há casos em que não há escolha disponível por conta das privações econômicas e da exclusão social. Nessas situações não é possível considerar as pessoas

responsáveis por seus estilos de vida. Mas quando não há necessidades extremas, conotações moralistas e julgamentos são trazidos à tona, “o padrão mais aceitável é o do agente racional que avalia, pesa e decide suas ações em termos teoricamente objetiváveis sob a égide de cálculos de custo-benefício” (Castiel & Diaz, 2007, p. 85).

Foi a partir desse enquadre individualista que a noção de estilo de vida foi importada para dentro do campo da Saúde e foi aí ressignificada como a habilidade que todos temos de tomar decisões racionais sobre o que comemos e bebemos, sobre o exercício físico que podemos ou não fazer, sobre as substâncias tóxicas que consumimos. E aqueles que não aderem, que não tomam uma posição de prudência com relação ao futuro, são desacreditados ou penalizados.

A pesquisa, nesse contexto, pode ajudar a compreender esse outro lado da promoção da saúde. Esse é o caso de um recente estudo que fiz sobre as atuais medidas para refrear o uso do tabaco, e sobre os sentidos do tabaco para fumantes e suas experiências frente à pressão para largar o cigarro. Baseada em 50 entrevistas realizadas com seguimentos diferentes de uma universidade de São Paulo (professores, técnicos de escritórios, empregados terceirizados, alunos de graduação e da pós-graduação), a análise focou três aspectos: porque as pessoas fumam, a ambivalência entre o prazer e o risco associado ao tabaco e a experiência como fumante. O estudo conclui que, na perspectiva da saúde pública, é imperativo informar o público sobre os riscos associados ao tabaco, contrapor seus efeitos deletérios à sedução da propaganda de cigarro veiculada pela indústria tabagista e oferecer meios para a cessação do fumo. Entretanto, é também necessário compreender o ponto de vista dos fumantes para os quais o tabaco ainda é uma droga legalizada que fornece muitos efeitos positivos, mas que causa dependência física e psicológica; dessa maneira, aqueles que desejam parar de fumar muitas vezes enfrentam muitas dificuldades. Este cenário de múltiplas dificuldades levanta a questão se o fumar pode ser classificado com um estilo de vida arriscado, para o qual as estratégias de redução de dano podem ser pertinentes.

### Considerações finais: o que a Psicologia (Social) tem a ver com isso tudo?

Essa nova consciência sobre como devemos conduzir nossa relação conosco e como agenciamos nossa responsabilidade frente ao futuro, essa nova configuração da ética como ético-política, produz novas formas de autoridades que não são mais confinadas à arena da Saúde - os especialistas do corpo: terapeutas, consultores, fornecedores de informação (especialmente a mídia) e personal-tudo. Como psicólogos, nós somos parte dessas novas autoridades do corpo. Como psicólogos sociais alinhados com a postura crítica da disciplina, temos a responsabilidade de compreender como essas novas modalidades biomédicas de cuidado afetam as pessoas. Frente à capitalização da Medicina, seria uma ilusão pensar que podemos reverter essa situação: afinal, todos nós queremos viver longamente com qualidade de vida. Mas nós temos ferramentas para seguir esses novos desenvolvimentos e empoderar aqueles que têm pouco acesso a essas novas tecnologias.

Como analista de discurso, atenta às práticas discursivas que circulam no cotidiano, encorajo aos participantes de meu grupo de pesquisa sobre Práticas Discursivas a prestar atenção ao que está acontecendo nas políticas de saúde e aos repertórios postos em circulação por tais políticas. Mas muito mais está em jogo. A ênfase na atenção básica e em equipes multidisciplinares abriu as portas para os psicólogos que, desde a década de 1980, passaram a integrar as equipes profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e em serviços especializados (como os serviços de saúde mental). Isto conduziu a mudanças no ensino de graduação no sentido de reverter algumas das características tradicionais dos cursos de Psicologia do Brasil: a supervalorização da especialização com descaso pela atenção básica; o foco na clínica individual; a falta de experiência de trabalho em equipes; a ênfase na teoria e pouca reflexão sobre políticas públicas; a resistência em considerar a gestão pela perspectiva da participação popular. Como forma de reverter essa situação, é necessário agir em várias frentes, especialmente no que diz respeito a quatro questões: (a) criar espaços para discussões ético-políticas acerca das distintas posições de pessoas levadas a cabo na contemporaneidade; (b) instigar a perspectiva multidisciplinar, que pode

desconstruir as fronteiras do conhecimento e promover o trabalho em equipe; (c) restituir as demandas dos clientes como foco dos atendimentos; (d) repensar a promoção da saúde, no sentido de adotar estratégias de redução de risco para aqueles que escolhem estilos de vida arriscados.

### Referências

- Antunes, Mitsuko (2003). *A Psicologia no Brasil: leitura histórica de sua constituição*. São Paulo: EDUC e UNIMARCO.
- Billig, Mike (1988). Methodology and scholarship in understanding ideological explanation. In C. Antaki, C. (Org.), *Analysing everyday explanation* (pp.199-215). London: Sage Publications.
- Bourdieu, Pierre (1994). *Structures, habitus and practices*. Cambridge: Polity Press.
- Burke, Peter. (2003). *Uma história social do conhecimento*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Campos, Gastão de S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Castel, Robert (1987). *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Castiel, Luis David & Diaz, Carlos Álvarez-Dardet (2007). *A saúde persecutória*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ewald, François (1986). *L'État Providence*. Paris: Éditions Grasset.
- Faleiros, Vicente de Paula, Silva, Jacinta de F.S., Vasconcellos, Luiz Carlos F. & Silveira, Rosa Maria G. (Eds). (2006). *A construção do SUS.: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Fleck, Ludwig (1979). *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Foucault, Michel (1970). *The order of things*. London: Tavistock Publications.
- Foucault, Michel (1977). *Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, Michel (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, Michel (1982). O nascimento da medicina social. In R. Machado (Org.), *Microfísica do poder* (pp. 79-98). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (2008). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes.
- Giddens, Anthony (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge: Polity Press.

- Ginzburg, Carlo (1983). *The night battles*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Law, John & Mol, Annemarie (Eds.). (2002). *Complexities: social studies of knowledge practices*. USA: Duke University Press.
- Mol, Annemarie (1999). Ontological politics: a word and some questions. In J. Law & J. Hassard (Eds.). *Actor Network Theory and After* (pp. 74-89). Oxford: Blackwell.
- Moscovici, Serge (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250
- Potter, Jonathan, Wetherell, Margareth, Gill, R., & Edwards, Derek (1990). Discourse: noun, verb or social practice. *Philosophical Psychology*, 3 (2), 205-217.
- Rabinow, Paul (1996). *Essays in the anthropology of reason*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas (1998). *Inventing ourselves*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas (2007). *The politics of life itself*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosen, George (1963). The evolution of Social Medicine. In H. E. Freeman, S. Levine & L. G. Reader (Orgs.), *Handbook of Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Sato, Leny; Lacaz, Francisco A. C. & Bernardo, M. H. (2004). Psychology and the Workers' Health Movement in the State of São Paulo. *Journal of Health Psychology*, 9 (1), 121-130.
- Spink, Mary Jane P. (Org.). (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teórico e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, Mary Jane P. (2001). Trópicos do discurso sobre o risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6),1277-1311.
- Spink, Mary Jane P. (2006). Caminando sobre huevos: uma reflexão construcionista sobre la investigación. *Athenea Digital*, 9, 168-183. Retrieved from <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/266/266>
- Spink, Mary Jane P. (Org.). (2007a). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, Mary Jane P. (2007b). A saúde na encruzilhada entre biopolítica e bioeconomia: reflexões sobre os paradoxos da "era dos direitos" na globalização hegemônica. In M. A. Ribeiro, J. de S. Bernardes & C.E.Lang (Orgs). *A produção na diversidade: compromissos éticos e políticos em Psicologia* (PP. 55-74). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, Mary Jane P; Galindo, Dolores, & Garcia, M. (2003). A Comissão Nacional de Aids: *A Presença do Passado na Construção do Futuro*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância de Saúde/Programa Nacional de DST e Aids.
- Teixeira, Sonia Fleury (Ed). (1989). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez.
- Tola, Florencia (2007). "Eu não estou só(mente) em meu corpo" - A pessoa e o corpo entre os Toba (Oom) do Chaco argentino. *Mana*, 13(2),499-519.
- Tsallis, Alexandra C., Ferreira, Arthur A. L., Moraes, Márcia O.& Arendt, Ronald J. (2006). O que nós psicólogos podemos aprender com a teoria ator-rede? *Interações*, 12(22),57-86.
- Westphal, Márcia (2006). Promoção da saúde e prevenção da doença. In : G.W. de S Campos, M. C. de S Minayo, M. Akerman, J.R.M. Drumond & Y.M. Carvalho, (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva* (PP. 635-667). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.



#### MARY JANE P. SPINK

Mary Jane P. Spink é psicóloga social, professora titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) e investigadora senior no CNPq. Estudou Psicologia na Universidade de São Paulo e tem um doutorado pela London School of Economics. Seus interesses de investigação centraram-se em psicologia da saúde e a política de saúde pública. Foi membro do Comitê Nacional sobre o SIDA desde 1994 até 2003. É autora de numerosos livros e artigos que se enumeram em <http://lattes.cnpq.br/9915632947357389>.

DIRECCIÓN DE CONTACTO

[mjspink@pucsp.br](mailto:mjspink@pucsp.br)

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Setor de Pós-Graduação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Rua Monte Alegre, 984. Perdizes. 05015-000. Sao Paulo, SP. Brasil

FORMATO DE CITACIÓN

Spink, Mary Jane P. (2010). Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns De Psicologia*, 12(1), 41-56. Recuperado: dd/mm/aaaa, de <http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/752>.