

Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar:

Definições e Possibilidades de Inserção Profissional

Health psychology x hospital Psychology:
definitions and insertion of professional possibilities

Elisa Kern de Castro

*Psicóloga (PUC-RS).
Mestre em Psicologia
do Desenvolvimento
(UFRGS/CAPES).
Doutoranda em
Psicologia Clínica e da
Saúde na Universidad
Autónoma de Madrid,
Espanha (bolsista de
doutorado pleno CAPES
Processo 1129 01/5).*

Ellen Bornholdt

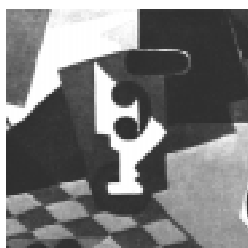
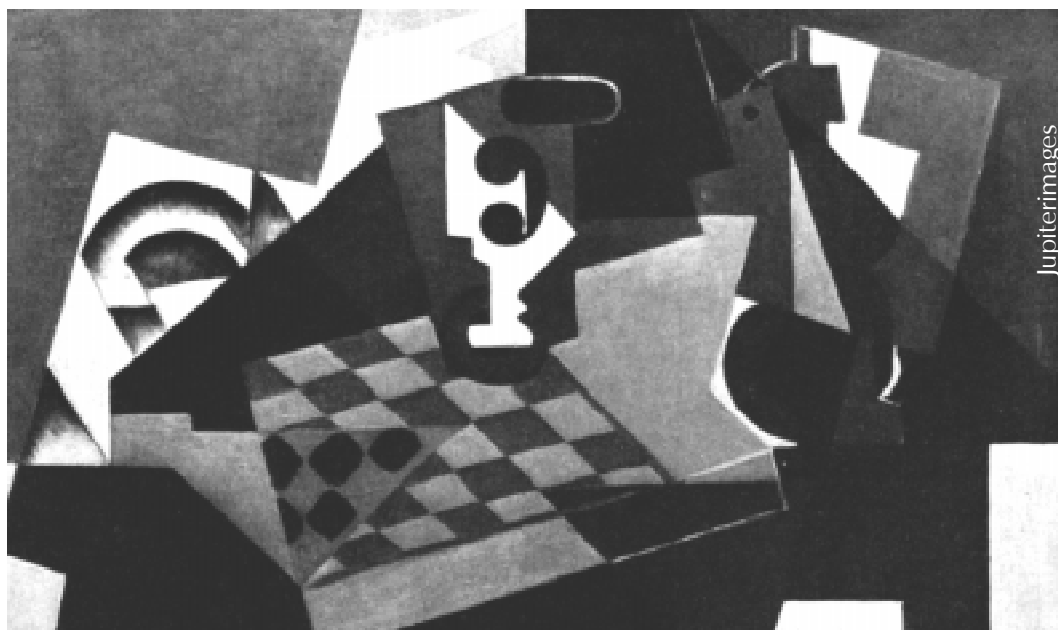
*Psicóloga (PUC-RS).
Terapeuta em
formação pelo Instituto
de Ensino e Pesquisa
em Psicoterapia
(IEPP). Mestre em
Psicologia Clínica (PUC-
RS/CNPq) e doutoranda
em Psicologia Clínica
pela Universidad Del
Salvador, Buenos Aires,
Argentina.*

Resumo: No presente trabalho, apresentamos a definição de Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, esta última como especialidade exclusivamente brasileira. Refletimos, também, sobre a formação acadêmica, o mercado de trabalho e a realidade da saúde no País. Consideramos que existem incongruências entre a formação de base, a nossa realidade social e a inserção de psicólogos no ramo da saúde. Discutimos a inclusão da Psicologia Hospitalar na Psicologia da Saúde, área ampla que utiliza os conhecimentos das Ciências Biomédicas, Psicologia Clínica e Psicologia Comunitária para intervir em distintos contextos no âmbito sanitário.

Palavras-Chave: Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde, formação profissional, mercado de trabalho, realidade social brasileira.

Abstract: In the present article the authors present the Health Psychology and the Hospital Psychology definition, the last one as an exclusive Brazilian specialization. Moreover, we reflect about the academic studies, the work market and the Brazilian health reality. We found some incongruence among the career studies, the social reality and the psychologists' work in the health field. We discuss the Hospital Psychology incorporation in the Health Psychology area, which uses the Biomedical, Clinical and Community knowledge to intervene in different health contexts.

Key Words: Hospital Psychology, Health Psychology, professional studies, work market, Brazilian social reality.



O questionamento sobre Psicologia Hospitalar x Psicologia da Saúde começou com a experiência do doutorado no exterior, onde descobrimos, surpreendidas, que a tão difundida especialização na Psicologia, denominada no Brasil de Hospitalar, é inexistente em outros países. A aproximação ao

que seria no Brasil a Psicologia Hospitalar é denominada Psicologia da Saúde em outros países. Entretanto, esses dois conceitos não são equivalentes, em primeiro lugar, pelo próprio significado de tais termos – saúde e hospital. Enquanto saúde se refere a um conceito complexo

relativo às funções orgânicas, físicas e mentais (WHO, 2003), hospital diz respeito a uma instituição concreta onde se tratam doentes, internados ou não. Assim, o próprio significado da palavra saúde leva-nos a refletir sobre a prática profissional centrada na intervenção primária, secundária e terciária¹. Já quando nos referimos ao hospital, automaticamente, pensamos em algum tipo de doença já instalada, só sendo possível a intervenção secundária e terciária para prevenir seus efeitos adversos, sejam eles físicos, emocionais ou sociais.

Essas diferenças fizeram-nos refletir sobre a nossa própria formação e prática profissional, o que fez surgir algumas perguntas:

- O que é, afinal, Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar? Existem diferenças?
- Qual a origem desses dois conceitos?
- A formação básica universitária e a pós-graduação preparam o psicólogo para a atuação nessas áreas?
- A nossa formação é condizente com a demanda e as necessidades do País na área da saúde?
- O mercado de trabalho consegue absorver esses profissionais?

A partir dessas perguntas, no decorrer do trabalho, buscamos aporte teórico como base para refletir sobre cada questionamento proposto.

O que é Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença (APA, 2003). Na pesquisa contemporânea e no ambiente médico, os psicólogos da saúde trabalham com diferentes profissionais sanitários, realizando pesquisas e promovendo a intervenção clínica. Complementar a essa definição, o Colégio Oficial de Psicólogos da Espanha (COP, 2003) conceitua a Psicologia da Saúde como a disciplina ou o campo de especialização da Psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e doença. Esse trabalho pode ser realizado em distintos e variados contextos, como: hospitais, centros de saúde comunitários, organizações não-governamentais e nas próprias casas dos indivíduos. A Psicologia da Saúde também poderia

ser compreendida como a aplicação da Psicologia Clínica no âmbito médico.

A Psicologia da Saúde já é uma área consolidada internacionalmente, e, no Brasil, está conquistando cada vez mais seu espaço. Historicamente, a *American Psychological Association* (APA, 2003) foi a primeira associação de psicólogos a criar um grupo de trabalho na área da saúde em 1970. Em 1979, foi criada a divisão 38, chamada *Health Psychology*, cujos objetivos básicos são avançar no estudo da Psicologia como disciplina que compreende a saúde e a doença através da pesquisa e encorajar a integração da informação biomédica com o conhecimento psicológico, fomentando e difundindo a área. A APA publica, desde 1982, a revista *Health Psychology*, a primeira oficial da área. Seguindo a tendência, em 1986, formou-se, na Europa, a *European Health Psychology Society* (EHPS, 2003), uma organização profissional que visa a promover a pesquisa teórica e empírica e suas aplicações para a Psicologia da Saúde européia. Cada país-membro possui, ainda, sua associação de Psicologia da Saúde, que realiza atividades como congressos, simpósios, pesquisas etc. Foram criadas várias revistas especializadas: *British Journal of Health Psychology* (Reino Unido), *Revista de Psicología de la Salud* (Espanha), *Psicologia della Salute* (Itália), *Gedrag & Gezondheid* (Bélgica), entre outras.

Na América Latina, a Psicologia da Saúde também está desenvolvendo-se em alguns países. O primeiro encontro de profissionais da área da saúde ocorreu em 1984, em Cuba, reuniu cerca de 1000 psicólogos interessados e foi um marco propulsor para o avanço e o reconhecimento da área (Remor, 1999). A partir desses encontros, constituiu-se a ALAPSA, (2003), uma associação que reúne diversos países latino-americanos. Os congressos promovidos pela ALAPSA são recentes, sendo que o primeiro deles ocorreu em 2001, no México, e o segundo, em 2003, na Colômbia (Flórez-Alarcon, 2003). Vinculados à ALAPSA, alguns países latino-americanos possuem também sua própria associação de Psicologia da Saúde, como, por exemplo, Colômbia, Cuba, México, Venezuela e Brasil (ALAPSA, 2003). A Psicologia da Saúde na América Latina teve um rápido crescimento em recursos humanos, mas uma insuficiente incorporação dos psicólogos nos setores de saúde. Apesar disso, essa área é a que mais absorveu psicólogos nos últimos 15 anos, no Brasil e em outros países latino-americanos, principalmente na Argentina, mas a produção científica continua escassa. Em nível mundial, as pesquisas em Psicologia da Saúde estão sendo incrementadas, e 90% delas correspondem aos países europeus, Estados Unidos, Japão e Austrália. Já na América Latina, percebe-se uma insuficiência de estudos

1 Prevenção primária: relativo à promoção e educação para a saúde quando não existe problemas de saúde instalados. Ex: trabalho com a população em geral na comunidade sobre os riscos do contágio do vírus da AIDS.

Prevenção secundária: já existe uma demanda e o profissional atua prevenindo seus possíveis efeitos adversos. Ex: trabalho com pessoas que recorrem ao exame do HIV durante o período da espera pelo resultado.

Prevenção terciária: diz respeito ao trabalho com pessoas com problemas de saúde instalados, atuando para minimizar seu sofrimento. Ex: trabalho (de grupo, psicoterápico, de apoio, etc.) com pessoas infectadas pelo vírus HIV.

que possibilitem intervenções rápidas para os problemas de saúde de cada região, respeitando suas especificidades e contextos socioeconômicos. Além disso, a formação profissional do psicólogo latino-americano é limitada em nível de pós-graduação (Sebastiani, 2000). Várias situações existentes na América Latina refletem também a posição brasileira da Psicologia da Saúde.

No Brasil, a própria denominação Psicologia da Saúde já é problemática, suscitando discussões de como denominar uma área que aplica os princípios de Psicologia a problemas de saúde e doença. É recorrente a confusão de terminologias, como Medicina Psicossomática, com o tema em questão - Psicologia Hospitalar (Kerbaury, 2002) – e com Psicologia Clínica.

A confusão entre o que seria a área clínica, a área da saúde e também a Psicologia Hospitalar não é somente de ordem semântica, mas também de ordem estrutural, ou seja, estão em jogo os diferentes marcos teóricos ou concepções de base acerca do fazer psicológico e sua inserção social. Justamente dessas diferenças, e/ou antagonismos teórico-ideológicos, surge uma Psicologia da Saúde (Yanamoto & Cunha, 1998). Considerando essas possíveis confusões, é importante esclarecer, também, o conceito de Psicologia Clínica.

O especialista em Psicologia Clínica (CRP, 2003) também atua na área da saúde em diferentes contextos, além do consultório particular, inclusive em hospitais, unidades psiquiátricas, programas de atenção primária, postos de saúde etc., prevenindo doenças no âmbito primário, secundário e terciário. Como se pode observar, esse conceito, de fato, está intimamente associado ao que é Psicologia da Saúde. Furtado (1997), nesse sentido, argumenta que os limites da Psicologia Clínica também são tênues, e o próprio ensino universitário é diversificado em seu planejamento. A autora chegou a essa conclusão a partir de um estudo que analisou o plano das disciplinas em 10 universidades do Rio Grande do Sul. Apesar das imprecisões entre essas duas áreas, é importante diferenciá-las. A Psicologia Clínica centra sua atuação em diversos contextos e problemáticas em saúde mental, enquanto a Psicologia da Saúde dá ênfase, principalmente, aos aspectos físicos da saúde e da doença (Kerbaury, 2002).

Enfim, a Psicologia da Saúde, com base no modelo biopsicossocial, utiliza os conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social-comunitária (Remor, 1999). Por isso, o trabalho com outros profissionais é imprescindível dentro dessa abordagem. Essa área fundamenta seu trabalho principalmente na promoção e na educação para a saúde, que

objetiva intervir com a população em sua vida cotidiana antes que haja riscos ou se instale algum problema de âmbito sanitário. O trabalho é multiplicador, uma vez que capacita a própria comunidade para ser agente de transformação da realidade, pois aprende a lidar, controlar e melhorar sua qualidade de vida. Dessa maneira, torna-se evidente que a Psicologia da Saúde dá ênfase às intervenções no âmbito social e inclui aspectos que vão além do trabalho no hospital, como é o caso da Psicologia Comunitária (Besteiro & Barreto, 2003; Gonzalez-Rey, 1997).

O Que é Psicologia Hospitalar

De acordo com a definição do órgão que rege o exercício profissional do psicólogo no Brasil, o CFP (2003a), o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria.

Para que possamos entender o surgimento e a consolidação do termo Psicologia Hospitalar em nosso país, é importante ressaltar que as políticas de saúde no Brasil são centradas no hospital desde a década de 40, em um modelo que prioriza as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixa em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitaria). Nessa época, o hospital passa a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde, idéia que, de alguma maneira, persiste até hoje. Muito provavelmente, essa é a razão pela qual, no Brasil, o trabalho da Psicologia no campo da saúde é denominado Psicologia Hospitalar, e, não, Psicologia da Saúde (Sebastiani, 2003).

É importante ressaltar que nós nos deparamos com dificuldades para encontrar material teórico e pesquisas na literatura científica internacional sobre a Psicologia Hospitalar como campo específico. Uma das razões seria que essa denominação é inexistente em outros países além do Brasil (Sebastiani, 2003; Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002). Yanamoto, Trindade e Oliveira (2002) e Chiattonne (2000), inclusive, explicam que o termo Psicologia Hospitalar é inadequado porque pertence à lógica que toma como referência o local para determinar as áreas de atuação, e não prioritariamente às atividades desenvolvidas. Se já existe fragmentação das práticas e dispersão teórica da Psicologia, a adoção do

termo Psicologia Hospitalar caminha no sentido oposto à busca de uma identidade para o psicólogo como profissional da saúde que atua em hospitais (Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002).

Diferente do Brasil, em alguns outros países, a identidade do psicólogo especialista está associada à sua prática e não ao local em que atua. A APA (2003) e o COP (2003), por exemplo, demarcam o trabalho do psicólogo em hospitais como um dos possíveis locais em que atua o psicólogo da saúde. Especificamente na Espanha, Rodríguez-Marín (2003) e Besteiro e Barreto (2003) definem que o marco conceitual da Psicologia da Saúde é o que deve servir de base para a Psicologia Hospitalar. Entretanto, definição parecida a essa é a da brasileira Chiattonne (2000), que diz que a Psicologia Hospitalar é apenas uma estratégia de atuação em Psicologia da Saúde, e que, portanto, deveria ser denominada "Psicologia no contexto hospitalar". Rodríguez-Marín (2003) esclarece que a Psicologia Hospitalar é, então, o conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para dar melhor assistência aos pacientes no hospital. O psicólogo hospitalar seria aquele que reúne esses conhecimentos e técnicas para aplicá-los de maneira coordenada e sistemática, visando à melhora da assistência integral do paciente hospitalizado, sem se limitar, por isso, ao tempo específico da hospitalização. Portanto, seu trabalho é especializado no que se refere, fundamentalmente, ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao menos, ao controle dos sintomas que prejudicam seu bem-estar.

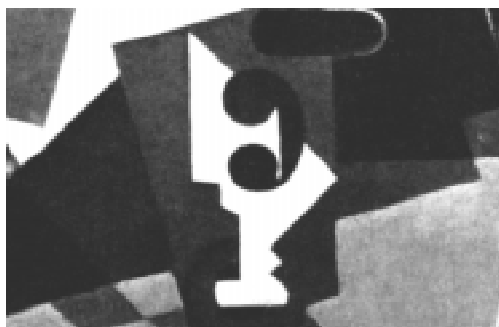
Rodríguez-Marín (2003) sintetiza as seis tarefas básicas do psicólogo que trabalha em hospital: 1) função de coordenação: relativa às atividades com os funcionários do hospital; 2) função de ajuda à adaptação: em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado; 3) função de interconsulta: atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente; 4) função de enlace: intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes; 5) função assistencial direta: atua diretamente com o paciente, e 6) função de gestão de recursos humanos: para aprimorar os serviços dos profissionais da organização.

Chiattonne (2000) ressalta, contudo, que, muitas vezes, o próprio psicólogo não tem consciência de quais sejam suas tarefas e papel dentro da instituição, ao mesmo tempo em que o hospital também tem dúvidas quanto ao que esperar desse profissional. Se o psicólogo simplesmente transpõe

o modelo clínico tradicional para o hospital e verifica que este não funciona como o esperado (situação bastante freqüente), isso pode gerar dúvidas quanto à cientificidade e efetividade de seu papel. Desse modo, segundo a autora, o distanciamento da realidade institucional e a inadequação da assistência mascarada por um falso saber pode gerar experiências malsucedidas em Psicologia Hospitalar.

A partir das definições expostas de Psicologia da Saúde, que pode se confundir com a Psicologia Clínica e com a Psicologia Hospitalar, encontramos semelhanças no que tange às formas de atuação prática dos especialistas dessas distintas áreas. A psicoterapia individual ou grupal, por exemplo, é uma tarefa que pode ser desenvolvida dentro dos três campos citados. Contudo, percebemos também particularidades fundamentais. A Psicologia Clínica propõe um trabalho amplo de saúde mental nos três níveis de atuação – primário, secundário e terciário - e a Psicologia da Saúde também propõe um trabalho abrangente nesses mesmos níveis, mas aplicada ao âmbito sanitário, enfatizando as implicações psicológicas, sociais e físicas da saúde e da doença. No que diz respeito à Psicologia Hospitalar, sua atuação poderia ser incluída nos preceitos da Psicologia da Saúde, limitando-se, entretanto, à instituição-hospital e, em conseqüência, ao trabalho de prevenção secundária e terciária.

A confusão entre o que seria a área clínica, a área da saúde e também a Psicologia Hospitalar não é somente de ordem semântica, mas também de ordem estrutural, ou seja, estão em jogo os diferentes marcos teóricos ou concepções de base acerca do fazer psicológico e sua inserção social.



Algumas Considerações Sobre a Formação Profissional, a Realidade Brasileira e o Mercado de Trabalho

Para que o psicólogo esteja capacitado a trabalhar em saúde, é imprescindível refletir se sua formação lhe dá as bases necessárias para essa prática. A aprendizagem não deve ser só teórica e técnica, pois o psicólogo tem que ser comprometido socialmente, estar preparado para lidar com os problemas de saúde de sua região e ter condições de atuar em equipe com outros profissionais.

Segundo Sebastiani, Pelicioni e Chiattone (2002), a formação do psicólogo na América Latina e no Brasil está vinculada basicamente ao tratamento individual baseado no modelo clínico, que é a base de sua identidade profissional. Entretanto, devido à grande demanda de trabalho existente no âmbito sanitário, muitas vezes profissionais mal-preparados seguem trabalhando no antigo modelo clínico individual e atuam na área da saúde sem ter conhecimento das ferramentas necessárias para uma atuação coletiva de prevenção e intervenção.

No Brasil, a formação em Psicologia é deficitária no que se refere aos conhecimentos da realidade sanitária do País, à participação em pesquisas e em políticas de saúde, indispensáveis para a determinação da sua prática e para o aprimoramento da especialidade (Dimenstein, 2000; Sebastiani, 2003). Essa formação elitista distancia o aluno e o profissional das demandas sociais existentes, não os habilitando para lidar com o sofrimento físico sobreposto ao sofrimento psíquico, a injustiça social, a fome, a violência e a miséria (Chiattone, 2000). Em consequência, enquanto as classes privilegiadas têm acesso ao tratamento psicológico, as classes menos favorecidas ficam desassistidas, pois o tratamento clínico gratuito em instituições públicas e clínicas-escola não abarca as necessidades de grande parte da população. Muitas vezes, são ensinadas teorias incompatíveis com a demanda e a realidade social, promovendo uma concepção de sujeito desvinculada do seu contexto sociopolítico e cultural. Obviamente, essas incongruências na formação de base geram dúvidas quanto à cientificidade da tarefa do psicólogo em alguns casos onde a realidade é a da extrema pobreza, já que a graduação em Psicologia dá ênfase ao modelo psicodinâmico e suas implicações clínicas, voltadas para a população mais privilegiada. Em síntese, a formação em Psicologia deixa praticamente de lado temáticas relacionadas às questões macrossociais relativas à saúde, contribuindo para a manutenção das estruturas sociais e das relações de poder sem utilizar todo o seu potencial questionador e transformador (Almeida, 2000; Dimenstein, 2000).

A falta de pesquisas na área também não privilegia ações de prevenção de saúde e, sim, ações emergenciais. Tal situação distorce o trabalho profissional, provoca o afastamento entre acadêmicos e profissionais e não contribui para a ampliação da prática e para a incorporação de psicólogos recém-formados que querem trabalhar na área. Com a necessidade crescente de demonstração das evidências dos resultados das intervenções psicológicas – o que se chama prática baseada em provas – o desenvolvimento da pesquisa básica e aplicada é imprescindível (Ulla

& Remor, 2003). As evidências dos bons resultados das intervenções psicológicas, além de propiciarem avanços no atendimento direto às pessoas, também abrem campo de trabalho ao psicólogo. Um exemplo seria o caso de alguns governos de países europeus que decidiram custear o tratamento psicológico através da saúde pública sempre que se cumpram critérios de eficácia, efetividade e eficiência.

Então, qual seria a formação indicada para os psicólogos que desejam trabalhar no âmbito da saúde? Besteiro e Barreto (2003) afirmam que a formação do psicólogo da saúde deve contemplar conhecimentos sobre: bases biológicas, sociais e psicológicas da saúde e da doença; avaliação, assessoramento e intervenção em saúde, políticas e organização de saúde e colaboração interdisciplinar; temas profissionais, éticos e legais e conhecimentos de metodologia e pesquisa em saúde. Com relação ao psicólogo da saúde que atua especificamente em hospitais, é indispensável um bom treinamento em três áreas básicas: clínica, pesquisa e programação. Com relação à área clínica, o psicólogo deve ser capaz de realizar avaliações e intervenções psicológicas. Na área de pesquisa e comunicação, é necessário saber conduzir pesquisas e comunicar informações de cunho psicológico a outros profissionais. Por fim, quanto à área de programação, o profissional deve desenvolver habilidades para organizar e administrar programas de saúde. Com essa formação integrada, é possível melhorar a qualidade da atenção prestada, garantir que as intervenções implantadas sejam as mais eficazes para cada caso, diminuir custos e aumentar os conhecimentos sobre o comportamento humano e suas relações com a saúde e a doença (Ulla & Remor, 2003).

Neste momento em que somos incitados a refletir sobre nossa profissão para aperfeiçoar nossos modelos de atuação profissional, como ocorre com a Psicologia da Saúde, é importante considerar sempre o aspecto social em que estamos inseridos, compreendendo a realidade do nosso país. O Brasil é o país das contradições, ao mesmo tempo em que é a décima primeira economia mundial, portanto, um país rico, ao passo que 1/3 de sua população é pobre, melhor dito, miserável (WHO, 2003). Um terço de aproximadamente 170 milhões de pessoas significa que 55 milhões vivem abaixo da linha da pobreza. Para termos uma dimensão ainda mais clara dessa dura realidade, podemos pensar que é como se toda a população dos nossos vizinhos Argentina, Chile e Uruguai fossem miseráveis, isto é, aqueles que não possuem as condições mínimas de moradia, alimentação, educação e saúde. O Brasil também é o país das contradições em si mesmo, ou seja, são também

gigantescas as diferenças econômicas e educacionais da Região Sul/Sudeste e da Norte/Nordeste/Centro-Oeste. Enfim, é uma nação rica com muitos pobres, como ilustra a tabela:

Tabela 1: Alguns dados demográficos e da saúde no Brasil

População (a)	169.872.856
Crianças e adolescentes (até 19 anos)	40%
Adultos (20-59 anos)	51%
Terceira idade (a partir de 60 anos)	9%
PIB per cápita (b)	7.548 (\$)
Gasto total per cápita em saúde (b)	631 (\$)
Expectativa de vida da população(b)	
Homens	65,5
Mulheres	72,0
Mortalidade infantil (b)	43,5
Índice de fertilidade (b)	2,2
Índice de alfabetização (a)	93,2%
Rio Grande do Sul	93,9%
Alagoas	68,2%
São Paulo	95,4%

b) IBGE (2003), Censo Demográfico 2000.
 c) WHO (2003), Dados sobre o Brasil.

Como podemos observar a partir desses dados, a situação do nosso país é alarmante devido principalmente às desigualdades existentes. Isso exige de nós, como profissionais e cidadãos brasileiros, em primeiro lugar, um conhecimento profundo dessa triste realidade. Conhecendo a situação que se apresenta, a consolidação de um trabalho de promoção da saúde pode tornar-se efetivo. Entretanto, nós, enquanto profissionais da saúde, estamos preparados para essa realidade? Acreditamos que, em muitos aspectos, não. Parece-nos, às vezes, que os profissionais da Psicologia são um “retrato” da desigualdade da sociedade brasileira, com suas práticas elitistas que beneficiam uma pequena parcela da população. Um exemplo seria a utilização indiscriminada da prática da psicoterapia individual, em contextos em que a população ou tem outras necessidades mais básicas, ou até não chega à instituição por falta de recursos. Confirma essa idéia a recente pesquisa realizada sobre o perfil do psicólogo brasileiro (CFP, 2003b), mostrando que 54,9% dos psicólogos que exercem a profissão trabalham na clínica em consultório particular, enquanto apenas 12,4% dos profissionais atuam em Psicologia da Saúde e 0,6% são pesquisadores.

Queremos esclarecer que consideramos a prática psicoterápica individual fundamental, e, sem dúvida, um dos pilares da Psicologia. Entretanto, é indispensável que sua indicação seja correta. O que questionamos neste trabalho é o uso indiscriminado de tal modalidade de intervenção em determinados setores ou contextos em que existem outros tipos de intervenção mais condizentes com as necessidades dos indivíduos. Como exemplo, pensamos em duas situações em

que a indicação de psicoterapia individual é questionável: a primeira, no contexto hospitalar, e a segunda, na comunidade. Situação 1: num determinado hospital, digamos que exista grande demanda para o setor da Psicologia com pacientes internados e se privilegie o trabalho individual. Tendo em vista a dificuldade de atender todos os pacientes, o setor decidiria, de acordo com seus próprios critérios, atender apenas alguns pacientes, enquanto outros ficariam excluídos desse tipo de ajuda. Situação 2: digamos que, num posto de saúde, exista, na sala de espera do ginecologista, várias mulheres infectadas pelo HIV. O setor da Psicologia decide, por sua vez, oferecer inscrição na lista de espera para atendimento individual psicoterápico. No entanto, essas pessoas seriam chamadas para atendimento, na melhor das hipóteses, dentro de um mês. A partir desses exemplos hipotéticos, mas que podem ocorrer na realidade, é provável que seja mais produtivo realizar trabalhos grupais (em suas distintas modalidades) enfocando a problemática comum nos dois casos.

Nesse sentido, Moura (2003), refletindo sobre “a psicologia que temos e a psicologia que queremos”, analisa essa prática tradicionalmente empreendida pelos psicólogos. Com a diminuição da procura de clientes para os seus consultórios particulares devido ao empobrecimento da população, os psicólogos foram obrigados a trabalhar com pessoas cada vez mais carentes. Isso gerou o que a autora denominou uma “crise na Psicologia”, a partir da discrepância entre as propostas terapêuticas e a realidade do Brasil. A prática profissional passou a ser questionada no que tange à eficácia e adequação da Psicologia frente às questões de

Com a diminuição da procura de clientes para os seus consultórios particulares devido ao empobrecimento da população, os psicólogos foram obrigados a trabalhar com pessoas cada vez mais carentes.

ordem social. Dimenstein (2000) afirma, ainda, que muitos dos problemas dos quais o psicólogo passou a deparar-se escapam do domínio da clínica, pois referem-se às condições de vida da população. Tais dificuldades passaram a ser um entrave para as atividades de assistência pública à saúde tendo em vista a falta de preparo nessa área.

Para mostrar tais discrepâncias, dois estudos empíricos relatam a prática de psicólogos no contexto hospitalar. No primeiro estudo (Yanamoto & Cunha, 1998), foram entrevistadas cinco psicólogas, no segundo (Yanamoto, Trindade &

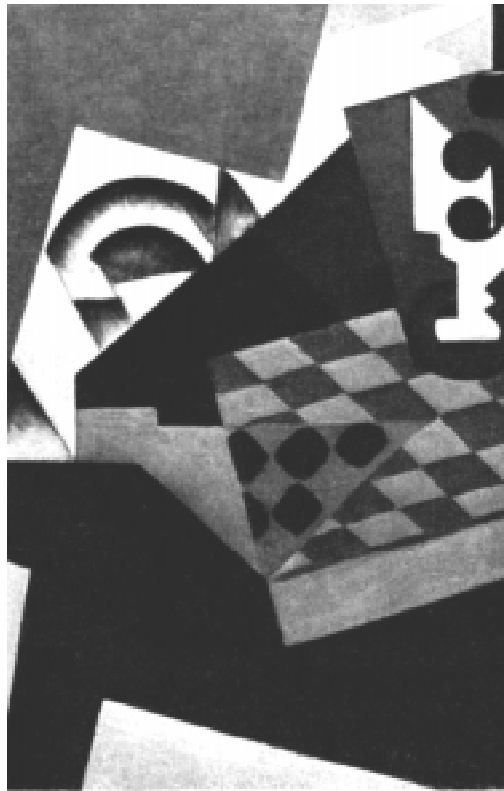
Levando em conta a realidade de nosso país e de nossa profissão, perguntamo-nos: onde poderia se inserir o psicólogo para abrir novas frentes de mercado de trabalho de acordo com as necessidades da população?

Um dos primeiros passos seria a inserção do psicólogo em equipes de saúde interdisciplinares. A interlocução entre os diversos saberes seria a maneira de oferecer um cuidado mais completo, eficaz e de acordo com as necessidades da população (Almeida, 2000; Kerbauy, 2002). Além da utilização de suas práticas e técnicas usuais, o psicólogo também poderia participar politicamente das decisões sanitárias. Relacionado a isso, algumas mudanças já se percebem. Por exemplo, nos últimos anos, o Conselho Federal de Psicologia vem trabalhando para transformar essa situação, tentando sensibilizar a categoria profissional para o desenvolvimento de ações sociais em distintas áreas da Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 1994). Assim, estudos sobre a prática profissional do psicólogo, no Brasil, têm apontado para dois movimentos contrários: por um lado, a supremacia de atividades classificadas como pertencentes ao âmbito da clínica; por outro, a emergência de movimentos buscando novas formas de inserção profissional.

O relato de Miyazaki et al. (2002) esclarece como pode ocorrer um processo de mudança permitindo maior inserção profissional de acordo com a realidade do País. Descrevendo o desenvolvimento e estágio atual do serviço de Psicologia de um hospital em São José do Rio Preto, os autores explicam a evolução de uma equipe de psicologia eminentemente clínica individual para um trabalho dentro dos moldes do que seria a Psicologia da Saúde. A intervenção individual não dava conta da demanda, e então foi instalado um programa denominado Aprimoramento em Psicologia da Saúde. Este possuía duração de dois anos e combinava a prática à pesquisa em Psicologia da Saúde. Segundo o relato, a atuação foi realizada em equipes interdisciplinares, abrangendo os níveis primário, secundário e terciário de atendimento. As intervenções se davam no ambulatório, no hospital, em centro de saúde-escola e na comunidade, sempre combinadas com pesquisas que justificassem suas ações. O hospital, na atualidade (2002), possuía 40 psicólogos (docentes, contratados e aprimorandos).

A partir dessas idéias, evidencia-se o quanto urgem revisões e atualizações, tanto ao nível de formação profissional quanto de estratégias de inserção dos psicólogos. É preciso romper com a “prática do silêncio”, que compreende o indivíduo isolado da sociedade (Moura, 2003), e elaborar um modelo profissional que considere a ação histórica dos homens. A Psicologia é uma ciência jovem, e

Observa-se que todos os profissionais que trabalham diretamente com os pacientes desenvolvem atividades psicoterápicas em suas diversas modalidades: breve, de apoio, individual ou grupal .



Oliveira, 2002), participaram 25, todos atuando em hospitais no Rio Grande do Norte. Foram analisados os seguintes aspectos: formação acadêmica, trajetória profissional, caracterização das atividades realizadas e avaliação do trabalho realizado nos hospitais. Dentre os resultados principais, aparece uma formação universitária deficitária e não condizente com a prática profissional, condições adversas de trabalho e práticas que, muitas vezes, não se distinguem do fazer clínico tradicional em consultório privado. Observa-se que todos os profissionais que trabalham diretamente com os pacientes desenvolvem atividades psicoterápicas em suas diversas modalidades: breve, de apoio, individual ou grupal .

sua participação histórica nos programas de saúde tende a ser tímida. Queremos destacar a importância de podermos discutir, compreender e assumir a função e o papel que nos cabe para transformar a realidade sanitária no País. O próprio psicólogo necessita dessas reflexões para que, efetivamente, torne seu trabalho vetor nos programas de saúde e abra espaço para a atuação de novos profissionais nessas equipes.

Em última análise, acreditamos que, se o indivíduo não pode vir até o psicólogo, o psicólogo pode ir até ele. Isso significa entrar em contato com a dura realidade do nosso país. Conhecendo a população brasileira, os psicólogos podem utilizar seus conhecimentos para chegar a todos, independentemente de seus recursos: os que têm condições e desejam um tratamento particular, e também aqueles que nem sequer sabem o quanto poderiam ser ajudados por profissionais dessa área.

Considerações Finais

No presente trabalho, procuramos esclarecer e sintetizar o que é a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar. Aprofundando o estudo e os fundamentos dessas áreas, chegamos à conclusão que a Psicologia Hospitalar brasileira, tal como é descrita, estaria incluída na área mais abrangente da Psicologia da Saúde. Para justificar nosso posicionamento, construímos uma tabela em que se resumem as principais semelhanças e diferenças entre Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar a partir do material já apresentado.

Tabela 2: Diferenças entre Psicologia Hospitalar e Psicologia de Saúde

Psicologia Hospitalar (Brasil)	Psicologia de Saúde
Atenção secundária e terciária	Atenção primária, secundária e terciária
Atuação em hospitais	Atuação em centros de saúde, hospitais, ONGs etc.
Prática profissional no hospital não exige especialização obrigatória	Prática profissional na área da saúde exige especialização obrigatória em alguns países
Prática interdisciplinar (em alguns hospitais)	Prática interdisciplinar (em alguns hospitais e outras instituições de saúde)
Distintas teorias psicológicas utilizadas	Distintas teorias psicológicas utilizadas

Como se verifica na tabela, a Psicologia da Saúde amplia a atuação do psicólogo hospitalar. Contudo, é possível que, em muitos hospitais do Brasil, os psicólogos realizem seus trabalhos em distintos setores de acordo com a definição da Psicologia da Saúde. No Brasil, entretanto, oficialmente, essa definição não existe como especialização oficial definida pelo CRP, ao contrário da Psicologia Hospitalar, que é uma especialidade.

Nós nos perguntamos: essa definição exclusivamente brasileira de “Psicologia Hospitalar” é adequada? Pensamos que, como essa denominação já está consolidada na linguagem dos psicólogos e de outros profissionais da saúde brasileiros, parece óbvio que permaneça. No entanto, estamos de acordo com Chiattonne (2000), Yanamoto e Cunha (1998) e Yanamoto, Trindade e Oliveira (2002) quando declaram que seria mais adequado referir-nos à Psicologia no contexto hospitalar como um trabalho que faz parte da Psicologia da Saúde. Além disso, consideramos importante ressaltar que essa denominação pode ser inadequada se tratarmos a Psicologia da Saúde como sinônimo de Psicologia Hospitalar, pois intervenções em saúde que necessitariam ser realizadas fora do hospital poderiam não ser supridas, principalmente aquelas relativas à

prevenção primária. Todas essas questões estão diretamente associadas às reais necessidades e demandas da população brasileira.

A polêmica sobre a existência de uma área única abrangente ou de duas áreas distintas, Psicologia Clínica ou Psicologia da Saúde, é tema de debate internacional (Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002), e claro, deve ser prioritariamente nacional. Nossa inquietude frente às mencionadas contradições das áreas de especialização e ainda da existência de uma Psicologia Hospitalar brasileira foi a mola propulsora para a presente reflexão. Estando fora do Brasil, vimos “de longe”, e assim, de maneira distinta, nossa realidade, tanto de país quanto de profissão. Justamente por acreditarmos no desenvolvimento do Brasil e da Psicologia propomos este questionamento. Mais que respostas, temos perguntas. Mais que certezas, temos inquietações. Mais que conformismo, temos a esperança neste país, dito em desenvolvimento, em que existem realidades de primeiro e terceiro mundo que se chocam constantemente.





Elisa Kern de Castro
E-mail: elisa.kern@uam.es
Ellen Bornholdt
E-mail: ellenb@terra.com.br

Recebido 27/03/02 Aprovado 08/08/04

ALMEIDA, E. C. O Psicólogo no Hospital Geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 20, n. 3, 2000, pp.24-27.

ALAPSA—Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. Página oficial da Associação, 2003. www.alapsa.org (28/08/2003).

APA—American Psychological Association. Página oficial da Associação, 2003. <http://www.health-psych.org/> (28/08/2003).

BESTEIRO, M. M. & BARRETO, M. P. La Formación de los Profesionales de la Salud: la Contribución del Psicólogo Hospitalario. In Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (org.). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. Bilbao: Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología, 2003, pp. 121-136.

CFP—Conselho Federal de Psicologia. Página oficial da Instituição, 2003. www.pol.org.br (em 14/09/2003).

CFP—Conselho Federal de Psicologia. Relatório final da pesquisa sobre o perfil do psicólogo brasileiro. 2003. http://www.pol.org.br/atualidades/materias.cfm?id_area=300 (em 21/11/2003).

CHIATTONE, H. B. C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica*. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, pp. 73-165.

DIMENSTEIN, M. A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: Implicações Para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 1, 2000, pp. 5-121.

EHPS – European Health Psychology Society. Página oficial da Associação, 2003. <http://www.ehps.net/1024/index.html> (28/08/2003).

FLÓREZ-ALARCÓN, L. *Discurso de Instalación*. Trabalho apresentado durante o II Congresso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena, Colombia, 2003.

FURTADO, H. M. R. *Disciplina de Psicologia Clínica: Estudo de Planos de Ensino em Universidades do Rio Grande do Sul*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). Dados sobre o censo 2000. www.ibge.gov.br (em 28/08/2003).

GONZALEZ-REY, F. Psicologia e Saúde: Desafios Atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 10, n. 2, 1997, pp.275-288.

KERBAUY, R. R. Comportamento e Saúde: Doenças e Desafios. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.

MIYAZAKI, M. C.; DOMINGOS, N. M.; VALÉRIO, N. I.; SANTOS, A. R. R. & ROSA, L. T. B. Psicologia da Saúde: Extensão de Serviços à Comunidade, Ensino e Pesquisa. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, 2003, pp. 29-53.

MOURA, E. P. G. *A Psicologia (e os Psicólogos) que Temos e a Psicologia que Queremos*. Psicologia On-line pesquisa, CRP, 2003. http://www.pol.org.br/pesquisa/resposta_pesquisa.cfm?id_area=54 (em 25/09/2003).

REMOR, E. A. Psicologia da Saúde: Apresentação, Origens e Perspectivas. *Psico*, v. 30, n. 1, 1999, pp.205-217.

RODRÍGUEZ-MARÍN, J. En Busca de un Modelo de Integración del Psicólogo en el Hospital: Pasado, Presente y Futuro del Psicólogo Hospitalario. In Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (org.). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. Bilbao: Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología, 2003, pp. 831-863.

SEBASTIANI, R. W. *Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História*. 2003. <http://www.nemeton.com.br/> (24/08/2003)

_____. Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa Perspectiva Latino-Americana. In Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica*. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, pp. 201-222.

SEBASTIANI, R. W., PELICIONI, M. C.; CHIATTONE, E. B. La Psicología de la Salud Latinoamericana Hacia la Promoción de la Salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 2, n. 1, 2002, pp. 153-172.

ULLA, S. & REMOR, E. La Investigación en el Hospital: Tendiendo Puentes Entre la Teoría y la Práctica. In Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (org.). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. Bilbao: Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología, 2003, pp. 161-178.

WHO – World Health Organization. Página oficial da Instituição, 2003. www.who.int. (28/08/2003)

YANAMOTO, O. H. & CUNHA, I. M. O. O Psicólogo em Hospitais de Natal: uma Caracterização Preliminar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 11, n. 2, 1998, pp. 345-362, 1998

YANAMOTO, O. H.; TRINDADE, L. C. B. & OLIVEIRA, I. F. O Psicólogo em Hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, 2002, pp. 217-246.

Referências