

EL PSICOLOGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA BRASILEÑO UNICO DE SALUD

Magda Dimenstein, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

RESUMEN

El Sistema Unico de Salud (SUS) brasileño tiene como meta ofrecer servicios de calidad, o sea, servicios no masificados, eficaces y adecuados a las especificidades de cada región, institución y a la subjetividad de la clientela. Actualmente están siendo identificados grandes desafíos en el sentido de la concretización de ese ideario, esto es, el SUS se presenta como una arena conflictiva donde las diversas categorías profesionales desarrollan estrategias de saber/poder y cristalizan relaciones jerárquicas. En lo que se refiere al psicólogo, se entiende que su cultura y perfil profesional funcionan como barrera frente al intercambio de saberes y prácticas interprofesionales colaboradoras y flexibles en la medida en que estas están calcadas en valores individualistas y volcadas para el modelo de actuación libero-privatista.

Palabras clave: cultura profesional; Sistema Unico de Salud, equipos de salud.

ABSTRACT

The Brazilian Public Health System (SUS) aims to offer services which are efficient and adequate to the specificities, health organization and service users of each region. At the present moment, enormous challenges are being placed in order to achieve this goal, so the SUS could be rather represented as a conflictive land where the different professional categories try to develop knowledge/power strategies to accomplish the desired hierarchical relations. As for the psychologist, it seems that his/her cultural background and professional profile act as a barrier for the exchange of knowledge, interdisciplinary contacts and practices as they are permeated by individualistic values and centered in the liberal-privatist model.

Key words: professional culture, Brazilian Public Health System, health team.

Los años 80 fueron marcados como aquellos en los que Brasil estuvo sumergido en una amplia crisis en los sectores económicos (deuda externa), social (deuda social) y político-ideológica (lucha contra el autoritarismo). La búsqueda de la democracia involucró una gran parte de la población brasileña, cuyas condiciones de vida y de salud se habían deteriorado gradualmente a lo largo de los años, consecuencia del empobrecimiento causado por la concentración de renta, así como de los rumbos tomados por las políticas sociales en el país, entre ellas, las de salud. Ese panorama exigió del gobierno el reconocimiento de la necesidad urgente de emprender cambios en el sistema de salud, bajo presión de grupos profesionales progresistas y de la población, la cual insatisfecha con el tipo y la calidad de atención recibida, comenzaba a organizarse y a exigir del Estado responsabilidad por la inmensa deuda social.

Así, en 1986 se realizó la VIII Conferencia Nacional de Salud, que con amplia participación de la sociedad, discutió la situación de salud del país y definió, como política nacional, la construcción del Sistema Unico de Salud (SUS), o sea, un sistema formado por varias instituciones en los tres niveles de gobierno (Unión/Estados/Municipios) y por el sector privado contratado y conveniado, instituciones que debían seguir los mismos principios organizativos en todo el territorio nacional. El SUS,

estando bajo la responsabilidad de las tres esferas de gobierno, fue traducido en un conjunto de acciones, servicios y unidades que se integrarían teniendo como objetivos actividades de protección, promoción y recuperación de salud.

El texto constitucional aprobado en 1988 consagró que "la salud es un derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tienen como objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otras quejas y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación" (art. 196).

Actualmente, una de las cuestiones fundamentales del SUS es la construcción del nuevo modelo de prácticas y de organización de los servicios de salud que viabilice las políticas de salud preconizadas en la Reforma Sanitaria Brasileña. Esto implica un cambio del modelo asistencial, en la forma de atender a las personas, haciendo que la asistencia y las intervenciones ambientales sean eficaces, eficientes y capaces de incrementar la calidad de vida y de salud de las personas. Implica también organización de la red básica de forma contextualizada, de acuerdo con los problemas existentes en el nivel local, así como nuevos modelos de gestión de la cosa pública y descubierta de nuevos modelos que de hecho produzcan salud.

A lo largo de esos años, muchas dificultades se impusieron contra la consolidación del SUS, impidiendo la realización práctica de esos principios fundamentales en la mayor parte del territorio nacional, principalmente porque ellos requieren cambios estructurales e institucionales aún no logrados. En el escenario político actual -donde existe un claro predominio político-ideológico del neoliberalismo- El Estado brasileño viene buscando cada vez más desobligarse del deber de asegurar el derecho universal a la salud con una propuesta de Estado Mínimo; viene abandonando las instituciones públicas y entregando la salud al sector privado, lo que compone una coyuntura desfavorable al SUS. La falta de voluntad y decisión política en los varios niveles de gobierno se constituyen también como barreras para ese proceso de transformación del sistema de salud brasileño. La búsqueda de equidad continúa problemática pues es un principio que está siendo poco alcanzado. La población pobre continúa recibiendo tratamiento masivo, despersonalizado, demorado y de baja calidad. A pesar del principio constitucional de la equidad, la práctica actual continúa reproduciendo las desigualdades sociales.

La perspectiva de la integridad de las acciones que contempla el aspecto preventivo y curativo, que concibe la salud como calidad de vida, y exige la intersectorialidad en el campo de las políticas sociales, aún no se hace presente en la práctica institucional de los autores del sistema. Impactar sobre las condiciones de vida de la población con políticas de habitación, saneamiento, educación, alimentación, empleo y entretenimiento, así como la utilización de un modelo amplio de causalidad de las enfermedades y problemas de salud, puede traer mejores efectos que simplemente restringirse a medidas parciales, o sea, a los programas y prácticas tradicionales de salud históricamente desarrolladas en nuestra sociedad. Contrariamente a eso, lo que se ve, son acciones puntuales con relación a los problemas sociales y de salud. Hay una insuficiencia de recursos financieros causada por el no-cumplimiento de la legislación de repaso de los recursos por las tres esferas administrativas, generando la imposibilidad de absorción de nuevas responsabilidades y atribuciones por los Estados y principalmente por los municipios.

A esa falta de financiamiento, se agrega la apropiación inescrupulosa de los recursos públicos y la ineficiencia de gestión por los más variados expedientes privados y públicos; el desmantelamiento de la mayoría de los equipos, propuestas y equipamientos volcados para hacer funcionar el SUS y la dificultad del sistema público para institucionalizar el control, evaluación y la auditoría sobre el sector privado. La fragilidad y la incipiencia de la participación popular han disminuido las posibilidades de intervención de los consejos en la gestión del sistema de salud, a pesar de la representación total de los consejos estar distribuida de la siguiente forma: 50 % usuarios,

25 % trabajadores de la salud y 25 % prestadores de servicios públicos y privados.

Mientras tanto, existe una necesidad de cambio urgente en el perfil del profesional para actuar en el SUS, perfil que debe llegar hasta las universidades. Las transformaciones curriculares son fundamentales para que ello no suceda, así como también es imprescindible que se tengan instrumentos adecuados de evaluación de los resultados y de la calidad de la asistencia de salud proporcionada por los equipos, o sea, mecanismos cotidianos de evaluación y seguimiento en los servicios de salud, con perspectiva de ampliación de impacto sobre el cuadro sanitario.

Actualmente, enormes desafíos están siendo planteados a los profesionales de la psicología en términos de su formación y capacitación para el trabajo en la asistencia pública de salud, así como para los cursos de graduación en términos de transformación curricular. Se exige de la psicología un redimensionamiento de su objeto, de sus instrumentos de trabajo y de sus actividades, como también la apertura de alternativas metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo de la salud y buscar soluciones para los problemas cotidianos. Del psicólogo se exige la búsqueda de modelos de explicación y análisis más complejos y de formas de intervención más amplias y participativas, pues las necesidades en materia de salud se van transformando y requieren nuevas prácticas de salud, nuevos abordajes. En otras palabras, se exige un cambio en el perfil profesional hegemónico y la reorientación de su modelo asistencial individual así como el establecimiento de acciones intersectoriales y de asociación con otros profesionales y con la comunidad con vistas a una mayor capacidad de resolución del sistema. Es imperativa la oferta de servicios congruentes con la realidad epidemiológica de la población y un compromiso ético con los usuarios de los servicios de salud.

Se sabe, sin embargo, que se han colocado innumerables obstáculos en el sentido del cambio del perfil profesional del psicólogo. Además de la formación académica inadecuada al campo de la salud pública, existen los conflictos y los procesos de poder en el campo de las profesiones, la cuestión de la identidad y perfil profesionales hegemónicos, al igual que la falta de tradición en el campo de la psicología de evaluación de calidad y efectividad de las prácticas psicológicas tanto por los profesionales como por las instituciones y usuarios. Entiendo que esos son los puntos cruciales en el debate sobre la delimitación de un nuevo perfil profesional para el psicólogo en el contexto del SUS, estos puntos necesitan ser discutidos, ya que sirven también de impedimento a los nuevos modelos de servicios de salud que se quieren implementar actualmente en Brasil.

LAS PROFESIONES DE SALUD Y LA RELACION DE FUERZAS ENTRE LOS DIVERSOS CAMPOS DEL SABER EN EL CONTESTO DEL SUS

Se sabe que el Sistema Unico de Salud brasileño está fundamentado en el trabajo profesional de diversas categorías. Cada una de ellas, en grados diferenciados, ha procurado alternativas para revertir la fragmentación académica ofrecida en los cursos que no enseña pluralidad teórico-metodológica, práctica interdisciplinaria ni preocupación ética con relación a los compromisos sociales y políticos. Se busca por medio de ese cambio, la formación de un profesional de salud capaz de comprender e intervenir en el proceso salud/enfermedad tomando en cuenta toda la complejidad y singularidad de los individuos y colectividades, a través de prácticas compartidas por todos aquellos que integran el equipo de salud. De esta manera, la propuesta de interdisciplinariedad se torna condición *sine qua non* para la viabilización del concepto de integralidad y para la calidad de los servicios de salud. De acuerdo con Japiassu (1992), la interdisciplinariedad es entendida no solamente como una práctica política de negociación de diferentes puntos de vista - derivada de la fragmentación/especialización del conocimiento - sino fundamentalmente como una negociación de los diversos intereses existentes en los campos del saber. De esa manera, la concretización de prácticas interdisciplinarias en el escenario actual del SUS aún no es visible en la mayoría de los servicios en función de los conflictos de intereses y de los procesos de poder entre las diversas profesiones involucradas. Es la Sociología de las Profesiones la que desenvuelve una investigación acerca de esas luchas simbólicas trabadas en el campo de las profesiones. Con relación a la psicología, el debate ya se inicia con el hecho de ser considerada una categoría en proceso de "profesionalización", o sea, se considera que ella aún no adquirió *status* ni perfil de una profesión sólida, tal como ya fue adquirido por la medicina.

Según Machado (1991), son utilizados algunos criterios en el campo de la sociología de las profesiones para la definición de una profesión:

1. Es una ocupación de tiempo integral, o sea, el profesional vive de la remuneración derivada de las actividades realizadas;
2. Se caracteriza por la existencia de una estructura organizativa marcadamente corporativa que establece un código de ética para la formalización de las conductas profesionales;
3. Existe un cuerpo de conocimientos formal y específico pasado a través de las escuelas dedicadas a la formación de nuevos profesionales;
4. Los profesionales, por su vez, se destacan por la "vocación", o sea, aceptan las normas y modelos apropiados y se identifican con sus colegas;
5. Los profesionales poseen autonomía del hacer, o sea, poseen la capacidad de controlar por sí mismos los aspectos técnicos de su propio trabajo.

Se nota, por lo tanto, que tales requisitos están perfectamente adecuados al campo de la psicología y sus profesionales en la actualidad, de forma que en ese estudio se parte del principio de que la psicología puede ser considerada una profesión en virtud del reconocimiento oficial y social adquirido a lo largo de los años, lo que autoriza la actuación profesional y, principalmente, por constituirse como un campo delimitado de saberes y prácticas con interfaces con otras áreas del conocimiento. En otras palabras, la psicología es una profesión dotada de normas éticas, reglas y códigos que regulan su ejercicio; tiene sus organizaciones corporativas que defienden los intereses de la categoría; los psicólogos son profesionales que poseen el dominio de técnicas y habilidades específicas adquiridas a lo largo de la formación, esto es, un reconocimiento oficial de su campo de saber que puede ser transmitido y certificado; un mandato social formalizado con la reglamentación de la profesión por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), así como un acentuado componente vocacional, como fue presentado por Carvalho *et al* (1988).

En este trabajo los autores demostraron que la elección de la profesión de psicólogo guarda una relación íntima con el modo de ser y de verse de los sujetos, con sus características personales (habilidades y aptitudes) consideradas requisitos para el ejercicio profesional. En cuanto al criterio de autonomía, considerado elemento clave en la caracterización de una profesión, se sabe que la psicología está profundamente marcada por el ideal del trabajo liberal, autónomo, centrado en la relación individual con el cliente y que eso sirve de impedimento para el trabajo en equipo y para el desenvolvimiento de metodologías de evaluación de las prácticas profesionales y de los servicios de psicología. Además de eso, se puede decir que la expansión del número de cursos de nivel superior en Brasil y el incremento de profesionales de la salud durante el transcurso de los años 70 y 80 afectaron todas las categorías profesionales, las cuales sufrieron una reducción de los rendimientos y un progresivo asalariamiento. Eso generó la búsqueda de un mayor número de vínculos de empleo por los profesionales del sector y hasta la búsqueda de actuación en otras áreas distintas de las de formación con el fin de garantizar la estabilidad financiera. La situación del mercado de trabajo y el cuadro de desempleo alarmante existente hoy en el Brasil ha posibilitado que solamente unos pocos profesionales vivan con dignidad de la remuneración derivada del ejercicio de la profesión y menos aún de su ejercicio exclusivo. En el caso de la psicología, las estadísticas de 1995 presentadas por el CRP-06, que abarca los Estados de São Paulo, Mato Grosso y Mato Grosso do Sul, indican que 30 % de los inscritos en el área no actúan profesionalmente en el campo de la psicología. En general, los motivos de la no-actuación derivan de la actuación en otra área (51.32 %) y del desempleo (20.43 %).

En 1988, D'Amorin reveló que 25 % de los profesionales entrevistados en la investigación del CFP en el Brasil ejercían actividades en la psicología y fuera de ella. Fue constatado también por el CRP-06 que a pesar del elevado porcentaje de profesionales autónomos (47.06 %), la mayoría de los psicólogos tienen una renta promedio de hasta 5 salarios mínimos, confirmando claramente la condición de subempleo en que vive la categoría.

Ese cuadro parece no ser exclusivo de la psicología, sino también de los profesionales de la salud como un todo, especialmente de la medicina, a como fue revelado, en la investigación realizada por la Fundación Oswaldo Cruz intitulada "Perfil de los Médicos en el Brasil" y coordinada por Machado *et al.*, (1996). Los datos preliminares revelan la tendencia al asalariamiento y a la pérdida de actividad liberal de la categoría o multiempleo (50 % están en un intervalo de tres a cuatro actividades), salarios bajos e insatisfactorios y fuerte dependencia de los consultorios de la medicina de grupo y convenio con el SUS, demostrando eso que los médicos están cada vez más sin autonomía. En función de ese cuadro, se reafirma la condición de la psicología como profesión ya que ella satisface los requisitos estipulados para tal.

Esa concepción de la psicología y de otras categorías como paramédicas o semi-profesiones en consecuencia de la división socio-técnica del trabajo en el área de la salud, la cual fue intensificada a partir de tres elementos:

- Alteración ocurrida en la percepción del proceso salud/enfermedad (no solo como ausencia/presencia de patología), lo que terminó ampliando las áreas de actuación para nuevas especializaciones;
- Reconocimiento de la complementariedad de esas diversas áreas y la creación de los equipos multiprofesionales;
- Definición, a través de la legislación, del ejercicio privativo de ciertas actividades anteriormente consideradas de competencia médica.

La psicología fue una de las categorías que pasó a disputar el campo de la salud, el cual inevitablemente pasó a tener límites mal definidos entre los diferentes grupos profesionales y a ser un espacio de lucha. En el caso de esta profesión específica (psicología) surgió una intersección con la medicina, terapia ocupacional y con el servicio social en relación con el uso de técnicas psicoterapéuticas en general. Con respecto a la medicina, los conflictos son más aguzados ya que las áreas fronterizas con otras profesiones son también mayores e incluyen nutrición, fonoaudiología, farmacia, fisioterapia, odontología, además de las arriba citadas.

La reglamentación del ejercicio profesional de cada una de esas categorías tiene como función no solo el control y protección del bienestar de la población (fiscalización), sino principalmente definir atribuciones privativas, así como garantizar el monopolio de ciertas prácticas y técnicas - consideradas necesarias

para la sociedad - y de una porción del mercado de trabajo. A como dijo Spink (1985), reglamentación es una arena de conflictos entre las diversas categorías en la defensa de sus intereses específicos, la reglamentación refleja el poder que cada una posee o la etapa de organización corporativa en que se encuentra. En el área de la salud, la hegemonía médica es resultante de la distribución desigual del capital social o simbólico entre los grupos profesionales, desigualdad que establece una relación de poder y una jerarquía entre aquellos que poseen un máximo y un mínimo de capital, esto es, entre médicos y paramédicos (Boudieu, apud Ortiz, 1983).

El término "paramédico" para Freidson (1988), se refiere a las ocupaciones cuyo trabajo es controlado de varias maneras por el médico -profesional dominante que ocupa una posición de superioridad en el campo de la salud; cuyos profesionales son considerados sus asistentes -siendo por lo tanto sus subordinados-. Además del hecho de ser profesionales que usufructúan un grado menor de autonomía, autoridad, prestigio y responsabilidad. La jerarquía de prestigio y autoridad entre las diferentes profesiones, o sea, la distribución desigual de capital simbólico entre las categorías reproduce la distribución desigual de poderes en la sociedad, jerarquía que se establece también dentro de una misma profesión en función de las variables sexo, etnia, religión y reconocimiento social. La consecuencia de eso es la cristalización del poder entre aquellos que poseen un máximo de capital simbólico, los cuales concentran y legitiman los recursos técnicos, financieros y políticos que revisten el campo de actuación, y pasan a tener autoridad para definir las condiciones de funcionamiento de todos los actores involucrados en el sector. De esa manera, en el área de la salud, los médicos generalmente determinan el espacio ocupacional y coordinan las actividades de los otros profesionales.

Las diferentes categorías profesionales que operan en el campo de la salud traban una lucha entre sí en busca de autonomía, independencia y legitimidad social, así como disputan internamente, estableciendo una jerarquía en el campo de las especialidades. Pensando en el campo científico como un espacio de lucha desigual entre los agentes desigualmente dotados de capital, Bourdieu, según Ortiz (op. cit), afirma que lo que está en juego es el monopolio de la autoridad científica (tipo de capital simbólico), entendida al mismo tiempo como capacidad técnica y como poder social. Existe así, una *jerarquía social de los campos científicos* (p. 128) y dentro de ellos hay una jerarquía social de los objetos y métodos de tratamiento. En otras palabras, la psicología ocupa un lugar determinado en la jerarquía de las profesiones de la salud, habiendo internamente también una jerarquía en relación con los problemas, métodos y teorías que son considerados legítimos y que están de acuerdo con sus intereses específicos. Así, existe una relación de fuerzas no solo entre las categorías

profesionales en busca de reconocimiento y legitimidad social, sino dentro de cada campo específicamente en términos de delimitación de los objetos y métodos considerados legítimos. Eso ayuda al entendimiento de la cuestión del modelo asistencial pregonante entre los psicólogos, el concepto de actuación psicológica, las técnicas privilegiadas por la categoría y su aproximación con el modelo médico (tal como fue presentado anteriormente), así como la dificultad de construcción de nuevas prácticas fundamentadas en las nociones de acogida, responsabilidad por el cuidado integral y plasticidad del modelo de actuación tal como defiende Campos (1992). De esa manera, viabilizar la atención integral a través de una actuación interdisciplinaria significa romper con la jerarquía y las relaciones de poder existentes entre las diferentes categorías profesionales, con los modelos tradicionales de práctica y discutir sobre la cuestión del mandato social atribuido a cada una de las profesiones involucradas. Según Vasconcelos (1997), la reglamentación de una profesión tiene como consecuencia la definición de su territorio profesional y tiene como propósito asegurar el monopolio de competencia no solo del saber como de la práctica profesional. Así, cada profesión tiene un mandato social o poder sobre un determinado campo del conocimiento que le permite realizar tareas específicas, controlar recursos y responder legalmente en caso de problemas, mandato que es formalizado por las esferas legislativas.

Discutir la cuestión del mandato social de las profesiones es entonces tropezar con los intereses y valores defendidos por cada grupo profesional tan bien representados por las organizaciones corporativas tales como los consejos profesionales, sindicatos y asociaciones. Tales organizaciones, de acuerdo con Vasconcelos, "establecen continuamente fronteras de saber y competencia con las otras profesiones; ejercen control sobre la formación y prácticas de los afiliados, incluyendo normas éticas; y defienden intereses económicos y políticos, tales como plazas en el mercado de trabajo, recursos para investigación y entrenamiento, salarios, condiciones de trabajo, políticas públicas sectoriales que afectan el área, etc." (op. cit. p. 29)

Además de eso, se torna necesario reflexionar acerca de algunas características que modelan la cultura e identidad profesionales de las diferentes categorías a fin de ampliar la comprensión de los choques que ocurren dentro del sector salud y dentro de la propia categoría. Basada en Ramón (1987) y Vasconcelos (1997), entiendo la Cultura Profesional como el conjunto de ideas, visión del mundo y estilo de vida profesional adoptado por un grupo profesional específico, que viene a determinar la adhesión y preferencia por ciertos modelos de actuación, por ciertos referenciales teóricos, así como por ciertos patrones, códigos y reglas de relacionamiento entre los iguales y con la comunidad leiga; además de definir sus formas de organización y representación

en la sociedad. No estoy queriendo decir con eso que existe una única cultura profesional nacional y monolítica con relación a la categoría de psicólogos, por ejemplo. No desprecio el hecho de que puedan existir variantes regionales, lo cual aún necesita ser investigado. Apenas resalto algunas características que transitan la categoría como un todo y sobrepasan fronteras regionales como el predominio del modelo de actuación liberal privatista y del psicoanálisis, entre otras.

Esa cultura profesional del psicólogo debe ser pensada tomándose en consideración algunos aspectos relativos a su formación en el Brasil: historia e ideología de la profesión en nuestra sociedad; condiciones en las que se da la formación en el Brasil; representación social de la profesión; población que procura los cursos de psicología. Se reveló en otros trabajos [Dimenstein (1998a; 1998b)], cómo la psicología en gran parte se encuentra en nuestra sociedad al servicio del orden establecido, dedicada a los sectores más ricos de la población, con actividades centradas en las raíces personales de los problemas (de origen individual) y subjetivo), olvidándose del contexto social, o a lo máximo, naturalizando tal contexto. En cuanto a la formación, el perfil del profesional que está siendo delimitado y lanzado en el mercado de trabajo no presenta flexibilidad y adaptabilidad para cambiar las formas tradicionales de actuación en la salud, ni capacidad operativa de transformar ideas en acción y así poder dar respuestas concretas para los problemas en el campo de la prevención, asistencia y rehabilitación psicosocial. Tal imagen de la profesión es también la más conocida y valorizada entre el público leigo. De esa manera, las expectativas con relación al ejercicio profesional, las características socioculturales de los alumnos, así como la representación social de la psicología y del psicólogo, son, sin duda, elementos que marcan su cultura profesional. Transformar esas expectativas es tarea que puede ser emprendida durante el proceso de formación en la medida en que las escuelas vayan promoviendo la participación de los alumnos y docentes en la construcción de nuevos modelos profesionales y enfrentando la incomodidad de la pérdida de los modelos tradicionales. Ese cambio es imprescindible, si no, como dijera Cerqueira: *apenas vamos a gastar velas con difunto que no huele* (op. cit., p. 147).

Las identidades profesionales, a su vez, son construidas a lo largo del proceso de socialización profesional (formación), así como son inseparables del conjunto de valores culturales heredados del grupo social al cual pertenece el profesional. Los psicólogos, por ejemplo, son, en su mayoría, oriundos de las clases urbanas media y alta donde predomina el ideario individualista y una concepción específica de subjetividad: el sujeto psicológico Dimenstein (1999). Tales elementos tienen consecuencias relevantes cuando el psicólogo pasa a actuar en el servicio público de salud y están en la base de los conflictos intra e interprofesionales.

El SUS se presenta, entonces, como una arena de conflictos donde las diversas profesiones desarrollan estrategias de saber/poder y cristalizan relaciones jerárquicas. Se torna fundamental que todos los profesionales de salud, inclusive el psicólogo, busquen soluciones para los conflictos de intereses que surgen frecuentemente en el ambiente de trabajo, dentro del propio equipo, a través de la discusión del saber instituido de cada grupo y de las legislaciones profesionales en busca de una mayor distribución de las responsabilidades y de mecanismos de decisión horizontales. Solamente así es posible evitar la deshumanización y la falta de compromiso y motivación tan comunes entre los profesionales de salud y contrapesar la influencia corporativa que afecta una propuesta de asistencia integral. La dificultad del trabajo multiprofesional sobreviene para Botomé (1996) principalmente de la formación, cuyo repertorio competitivo, individualista y académico, dificulta la interacción entre las personas de diferentes profesiones, principalmente porque es lo que es exigido en la práctica cotidiana, como el trabajo cooperativo, es diferente de lo que es tradicionalmente aprendido en los pupitres escolares.

El campo de la salud mental es ejemplo de eso ya que el contexto actual de la reforma psiquiátrica en el Brasil ha colocado innumerables desafíos a los profesionales de salud en lo que se dice respecto al cuidado comprometido con relación a la locura. Con relación al psicólogo, las cuestiones antes colocadas en términos de la adecuación de su instrumental teórico-práctico a la red ambulatorial pública, como también con relación a la legitimidad de su inserción en los equipos multiprofesionales, parecen estar actualmente bien más complejas, trayendo al profesional para un campo más amplio de discusión y redefinición de sus modelos de actuación. Se puede

decir que el profesional que trabaja con salud mental es llamado a:

- desarrollar estrategias de abordaje, reintegración y resocialización de la clientela de riesgo; así como de atención continua en salud mental;
- desarrollar abordajes participativos donde el usuario (así como los familiares y la comunidad en general) es reconocido como actor social importante;
- ayudar en la gestión (concepción, planteamiento, ejecución y evaluación) de políticas de salud mental que puedan generar servicios descentralizados, autónomos, flexibles en la forma de contratación de los recursos humanos y adecuados a los intereses específicos de la clientela;
- en fin, a asumir la responsabilidad integral por el cuidado de la clientela de atención continua, principalmente en el caso de psicosis.

Tales actitudes, como dijo Vasconcelos (1992), representan un enorme desafío político, técnico y humano, pues, "superar las prácticas protectoras tradicionales de mero supresión de síntomas, relaciones humanas masificadas, impersonales y estereotipadas, significa no solo la construcción de nuevos servicios y modelos técnicos, sino también una nueva cultura profesional y disponibilidad para trabajo de alto costo psíquico individual y colectivo, exigiendo una enorme inversión, sensibilidad y creatividad personal e institucional en términos de entrenamiento, apoyo, supervisión y trabajo en equipo (op. cit. p. 65).

Es necesario, pues, encontrar los fundamentos para una nueva práctica de los psicólogos en las instituciones públicas de salud -en especial en las UBSs- que contemple los principios básicos del SUS y que esté volcada para la producción de salud y autonomía de los sujetos.

REFERENCIAS

- BOTOME, S.P. (1996): Serviço a la Población ou Submissão ao Poder: o exercício do controle na intervenção social do psicólogo. In *Estudos de Psicologia*, 1(2), 173-202 Natal: UFRN. Edufrn.
- BRASIL/MS (1986): VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final, Brasília: o autor.
- CAMPOS, G.W.S. (1992): Modelos de Actuación em Saúde Pública: un modo mutante de fazer saúde, *Salud em Debate* 37, 16-19.
- CARVALHO, A.A. et al (1988): A Escogencia da Profissão: alguns valores implícitos nos motivos apontados por los psicólogos. IN CFP, "Quem é o Psicólogo Brasileiro?" São Paulo: EDICON, 49-68.
- CERQUEIRA, L. (1984): "Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental", Rio de Janeiro, São Paulo, *Atheneu*, 139-148.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 6a Região (1995): "Psicología: Formación, Actuación Profesional e Mercado de Trabajo" (Estadísticas, 1995). São Paulo: o autor.
- D' AMORIM, M.A. (1988): Empleo e Desempleo IN CFP: "¿Quem é o Psicólogo Brasileiro?" São Paulo: EDICON, 138-193.
- DIMENSTEIN, M. (1998a): O Psicólogo no Serviço Público de Saúde: impasses na formação e actuación profissionais, In *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81, Natal: UFRN, Edufrn.
- _____ (1998b): O Psicólogo no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil Profissional e Perspectivas de Actuación nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Tese de Doutorado não-publicada, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- _____ (1999): A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública a la saúde. Trabalho não publicado.
- FREIDSON, E. (1988): "Profession of Medicine . A Study of the Sociology of Applied Knowledge", The University of Chicago Press.
- JAPIASSU, H. (1992): A Atitude Interdisciplinar no Sistema de Ensino IN Interdisciplinaridad, *Revista Tempo Brasileiro* 108, Rio de Janeiro: *Tempo Brasileiro*, 83-94.

- MACHADO, M.H. (1991): Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque, IN *Educ. Med. Salud*, 25(1), 28-36.
- _____ et al (1996): Perfil do Médicos, IN *Radis/Dados*, 19, 3-30.
- ORTIZ, R. (1983): "Pierre Bourdieu", Son Paulo: Atica.
- RAMON, S. (1987): The Making of a Professional Culture: Professionals in Psychiatry in Britain and Italy since 1945, in Hantrais, L. and Mangen, S.; *Doing Cross-National Research 3*, Aston University, Biraingham.
- SPINK, J.M. (1985): Reglamentación das Profesiones de Salud: o espacio de cada un IN *Cadernos FUNDAP*, Son Paulo, año 5, 10, 24-43.
- VASCONCELOS, E.M. (1992): "Do Hospício a la Comunidad: Cambio Sim, Negligência No", Belo Horizonte: SEGRAC.
- _____ (1997): Desinstitucionalización e Interdisciplinaridad em Salud Mental, *Cadernos do IPUB*, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 7, 19-41.