



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

A PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE PÚBLICA: ANÁLISE SOB A
ÓTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Teresa Cristina Monteiro de Holanda

Fortaleza
1999



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
COMUNITÁRIA PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE
PUBLICA

A PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE PÚBLICA: ANALISE SOB
A ÓTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra Júlia Sursis Nobre Ferro
Bucher

Fortaleza
1999


A PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA:

Análise sob a ótica das Representações Sociais

Teresa Cristina Monteiro de Holanda

Aprovada em 10 106 11999

BANCA EXAMINADORA


Dra. Júlia S. N. F. Bucher (UFC - Orientadora)

Dr. Edson Alves Sousa Filho- UFRJ


Dra. Ana Maria Vieira Lage - UFC

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à todos aqueles que, como eu, acreditam e lutam pela transformação na Saúde não só no aspecto holístico mas, principalmente, no aspecto humanitário...

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar meu trabalho é que me dou conta do caminho percorrido! Foi um esforço HERCÚLEO, por se tratar de um desafio numa área emergente da Psicologia, e SOLITÁRIO, pois, muitas vezes, não consegui adesão para os meus propósitos nem orientação para minhas dúvidas...

Contudo, verifico, agora, que não foi tanto assim! Talvez possa até ensaiar um “valeu à pena”... Houve “pessoas” no meu caminho que muito contribuíram nesta luta e, a todas elas, agradeço de todo coração;

A DEUS, Pai celestial, que me deu mais esta oportunidade existencial de luta e progresso;

aos *meus pais*, que me deram a vida e o exemplo firme e reto;

ao *Sérgio*, meu marido, companheiro incansável de todas as horas que me deu exemplos de paciência e desprendimento;

aos meus filhos *Raul e Laís*, que me ensinaram a amar espontaneamente e aceitaram menores parcelas de dedicação para que eu me debruçasse no estudo;

ao *Conselho Regional de Psicologia*, pela confiança que me depositou em fornecer os dados dos colegas;

aos *psicólogos entrevistados*, que foram coparticipantes da pesquisa;

aos *colegas* do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC, pela força que sempre me deram nas minhas investidas;

às professoras *Rita Brasil*, pelo amor à pesquisa epidemiológica e a orientação sempre que necessário; *Ana Lage* pelo apoio em todas as horas; *Maria Lúcia Bosi*, pela confiança que sempre me depositou neste percurso; e, em especial, à professora *Júlia Bucher*, que me aceitou nesta derradeira hora;

e, por último, mas não menos meritório, a todos os *clientes / pacientes* que tenho acompanhado nestes quinze anos, em especial, aos que pude entrevistar.

“A Psicologia é uma profissão importante, mas incapaz de gerar sua importância social; um fazer eficiente mas desacompanhado do saber coerente; um fazer necessário que não atinge a todos os que dele necessitam; um saber importante, mas um fazer pequeno”

Ana Bock - Presidente do Conselho Federal de Psicologia

RESUMO

Este trabalho se propôs conhecer o universo representacional dos psicólogos que atuam na rede Pública de Fortaleza e de sua clientela no que se refere a processo saúde - doença, relação psicólogo-paciente, conceito de Saúde e papel do psicólogo na Saúde bem como investigar os obstáculos para sua atuação profissional no contexto da Saúde Pública a fim de propor intervenções mais adequadas à realidade atual.

A pesquisa dentro da ética da Teoria das Representações Sociais- TRS é uma maneira de se ter uma visão do mundo envolvendo o nível intrapessoal, interpessoal e o grupal. Partiu-se de um roteiro de entrevista aberta adaptado do “Eliciting Patients explanatory illness models” procurando abarcar sete temas: 1. processo saúde-doença 2. relação psicólogo-paciente; 3. prevenção; 4. conceito de Saúde; 5. ação do psicólogo na Saúde; 6. atuação na área e 7. formação na área.

A amostra constou de dez psicólogos que atuavam na rede pública de Fortaleza sorteados aleatoriamente da relação do Conselho Regional de Psicologia – 11º região e vinte clientes, dois de cada psicólogo, indicados pelo próprio profissional. Os dados tiveram tratamento qualitativo pela técnica de análise de conteúdo. O processo utilizado foi a análise temática na qual se destacou as categorias significantes para o objeto analítico visado.

A Representação Social do processo saúde doença da clientela é sempre inserida em dimensões sócio-familiares e espirituais enquanto que, para os psicólogos, ela é mais específica da vida individual do paciente apesar destes profissionais já relacioná-la com aspectos familiares.

Outro fato que chama atenção é o modo como as intervenções psicológicas estão sendo apreendidas por estes: afora as intervenções de praxe, os exercícios físicos de relaxamento, as condutas mais diretivas como orientação para lazer e laboterápica tem

grande valência para a clientela. O que se infere com este resultado é que a população absorve bem intervenções mais concretas e próximas de sua realidade.

Houve uma equiparação nos dois níveis de representação social sobre saúde no que tange à bem estar mas os clientes também a vêem como ausência de ocorrência, ter sossego, paz e tranquilidade e viver melhor como se estivesse representando seu próprio momento existencial (ruptura de vida na doença e, conseqüente, busca pela Saúde).

Percebeu-se que, enquanto a clientela tem a representação do psicólogo que atua na Saúde Pública idêntica aos psicólogos de clínica, para estes profissionais a representação social de sua atuação ainda não se firmou apresentando apenas um conteúdo valorativo.

Constatou-se que todos os psicólogos entrevistados não vivenciaram experiências na área da saúde durante sua graduação. Verifica-se, com relação a atuação e a formação, que há três tipos de representações que dizem respeito ao conhecimento como ter experiência anterior, aprender a trabalhar em equipe, fazer disciplinas aplicativas da área, estudar psicologia institucional, atender em psicoterapia breve-focal e entender de saúde em geral. Outras falam sobre a sua atuação, por exemplo, falta de espaço físico, reconhecimento da profissão, conquistas lentas, questão salarial, limitação institucional, trabalhar com clientela de baixa renda e a última dificuldade é com relação a si mesmo: “gostar de doente”, “fazer tratamento psicoterápico” e “não ficar entre quatro paredes”.

As conclusões principais são de que a TRS deu a condição para apreender as formas de conhecimento empregadas pelos psicólogos e pela clientela. Aos psicólogos cabe: não esquecer a dimensão bio-psico-socio-espiritual do indivíduo, agir de modo mais preventivo e prospectivo, dar mais atenção ao planejamento e ações baseadas institucionalmente e socialmente, fazer uma revisão de sua metodologia e de suas técnicas intervencionais criando novos recursos, dar vez às técnicas grupais e focais para lidar

com problemas de sua clientela, priorizar o atendimento multidisciplinar em busca da interdisciplinaridade nas ações de saúde.

ABSTRACT

The aim of this work is to know the representation universe of the psychologists working in Fortaleza public area and their clientele regarding the health process-illness, psychologist-patient relationship, health concepts and the psychologist's role in public health and also to investigate the hindrances toward his professional performance in the context of public health, in order to suggest some more suitable interventions to the present reality.

The research viewed by the social representations theory — SRT is a way of having a view of the whole world encompassing the intrapersonal, interpersonal and group levels. The beginning source was an open interview adapted from "Eliciting Patients explanatory illness models" and moving on from there to include seven topics: 1. Health-illness process; 2. Psychologist patient relationship; 3. Prevention; 4. Health concept; 5. Psychologist action in public health; 6. Performance and 7. Graduation into the community.

Ten psychologist, which worked in the public area in Fortaleza, were chosen at random from Eleven Regional Committee of Psychology, as well as twenty clients, two for each psychologist that were indicated by the professional himself. The data had qualitative treatment through the analysis of the technical contents. The process applied was the thematic analysis in which the significant categories stand out toward the analytical object in view.

The social representations of the health process-illness of the clientele is always inserted in socio-familiar and spiritual dimensions while for the psychologists it is more specific from the individual life of the patient, although those professionals related it to familiar aspects.

Another fact that calls one's attention is the way the psychological interventions are being fully understood by the psychologists: besides the common interventions, there are great values for the clientele in physical exercises for relaxation more direct procedures like orientation for recreation and labortherapeutic occupation. As a result, the population absorbs more concrete and closer interventions that fit their reality.

There was a balance between the two levels of the social representation about public health referring to the welfare, but the clients also see it as an absence of occurrence, calm, peace and tranquility and a better life, as they were representing their own existential moment (rupture of life in illness and as a consequence the search for health).

One can notice that the clientele "doesn't differentiate the psychologist that works at the public health from the ones who works at the clinic. As for the professionals, the social representation of their performance is not formulated yet; it only has a worthy content.

It became evident that all of the psychologists interviewed didn't undergo experiences working in health area prior to their graduation. It is possible to see, regarding the performance and graduation that there are three kinds of representation, namely: knowledge — how to have prior experience, learn how to work as a team, make applicable disciplines that can be applied to the area, study Institutional Psychology, to assist in short-term psychotherapy and to understand health in general. The second kind of representation is performance: the lack of physical space, professional recognition, slow victories, salary problems, institutional limitations, working with clientele of lower income. The last representation has to do with themselves: they have to like the patient, do a psychotherapeutic treatment and not staying behind four walls.

The main conclusions are: SRT offered conditions to understand the forms of knowledge used by the psychologists and clientele. It is responsibility of the psychologists not to forget the biological, psychological, social and spiritual dimensions of the person, act in more preventive and prospective way, pay more attention to the planning and actions that are institutionally and socially based, review their methodology and interventional techniques creating new resources, use also focal groups techniques in order to cope with their clientele problems, giving priority to the multidisciplinary attending in search of the interdisciplines in health care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
1 A SAÚDE E A PSICOLOGIA.....	7
1.1 REPRESENTAÇÃO DO BINÔMIO SAÚDE – DOENÇA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	7
1.2 A VISÃO HOLÍSTICA DE SAÚDE	10
1.3 SAÚDE PÚBLICA: DEFINIÇÕES E DELIMITAÇÕES.....	13
1.4 A EVOLUÇÃO DO PAPEL DA PSICOLOGIA NA SAÚDE.....	16
1.5 A REALIDADE DA PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA	22
2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	33
2.1 A PSICOLOGIA SOCIAL.....	33
2.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS – TRS.....	36
2.3 TRABALHOS CIENTÍFICOS NA ÀREA DA TRS.....	47
3 OBJETIVOS	50
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
4 METODOLOGIA	51
4.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA METODOLOGIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	51
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	56
4.2.1 Construção e Descrição do Instrumento	56
4.2.2 Universo da amostra	57
4.2.3 Delimitação e descrição da Amostra dos psicólogos.....	58
4.2.4 Delimitação e Descrição da Amostra dos clientes.....	60
4.2.5 Tratamento dos dados.....	61
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
5.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	64
5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
5.4 COMPARAÇÃO ENTRE AS DUAS AMOSTRAS: OS CLIENTES E OS PSICÓLOGOS	89
5.5 PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES MAIS ADEQUADAS.....	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
7 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	105
ANEXOS.....	117

INTRODUÇÃO

Este trabalho se propõe conhecer o universo representacional da Psicologia na assistência à saúde pública sob os pontos de vista dos psicólogos e da clientela. No primeiro caso, os *psicólogos* que atuam na rede pública do Município de Fortaleza, verificou-se suas representações referentes à saúde, à relação psicólogo - paciente, ao papel do psicólogo no processo saúde/doença e na saúde pública e os obstáculos para sua atuação profissional neste contexto. Investigou-se, também, as representações da *clientela* destes psicólogos referentes à Saúde, a saúde - doença, à relação psicólogo - paciente e à atuação do psicólogo na saúde pública. Deste modo, poder-se-á, de acordo com os resultados obtidos, delinear as estratégias mais adequadas à realidade institucional e regional da Psicologia na saúde pública.

Historiando o percurso do objeto em questão, verifica-se que este se deu há muito tempo na interface da prática acadêmica com o existencial. Muito que se havia apreendido na formação tornava-se inaplicável diante de uma realidade pública e institucional. Na prática ambulatorial, o homem, objeto uno, indivisível da Psicologia tornava-se coletivo à medida que adoecia, buscava atendimento médico, era encaminhado para a Psicologia por apresentar certos comportamentos que não eram da “competência médica”.

Este homem “paciente”, pacientemente, pertencia a vários “doutores” que compartimentalizavam seu saber e só tratavam do que lhes dizia respeito... Por outro lado, o modelo de atendimento clássico da psicoterapia individual tornava-se inaplicável em vários pacientes desde as questões pessoais de compreensão e/ou favorecimento de *insigth* às econômicas e/ou sociais.

Começou-se, então, a criar, corajosamente, novas estratégias de atendimento como semitriagens, grupos de orientação, grupos terapêuticos, estudos em grupo, etc., e se percebia o crescimento dessas opções de um modo tão dinâmico que a falha da graduação

se acentuava ainda mais. O abismo aumentou quando se adentrou nas unidades de internação e se verificou uma bibliografia escassa respaldando a prática hospitalar.

Confirmou-se a posição existencial no trabalho de LO BIANCO et al. (1994, p.8) que fala de um estudo feito pela Câmara de Educação de Formação Profissional do Conselho Federal de Psicologia sobre as práticas emergentes. Os autores afirmam que várias forças atuaram e permanecem agindo no sentido de alterar esse padrão clássico de atuação e que já se pode falar de uma Psicologia clínica “tradicional” em oposição a novas formas de inserção do psicólogo junto às ações de saúde em geral.

Procurou-se, inicialmente, orientação na obra de SPINK (1992, p.18), no qual a autora propõe uma reflexão mais aprofundada sobre o contexto mais global em que se dá esta atuação: as representações do processo saúde/doença; a configuração dos serviços de saúde e das profissões que aí atuam; as políticas setoriais e suas implicações para os usuários.

A partir daí encaminhou-se para a definição do objeto e encontrou-se em MINAYO (1994, p.97) que este deve se tratar de um recorte que traduza as relações essenciais e expresse especificidade. As questões básicas eram : Qual a essência do trabalho do psicólogo nas instituições públicas? Como este profissional se percebe? Qual a relação entre o objeto da formação e o da prática? Então o objeto de estudo se delineou como “a prática do psicólogo na saúde pública”.

No estágio atual da Psicologia, no qual se descortinam outros horizontes, nada melhor do que uma reflexão sobre uma de suas áreas emergentes: o campo da saúde pública. Diante da carência de pesquisas no Brasil, principalmente em nosso Estado, percebe-se o quanto é válido um trabalho como este. A investigação científica pode nos oferecer subsídios imediatos quer à própria atuação do psicólogo, na área, quer à prática interdisciplinar.

No caso deste estudo, o peso da dimensão existencial não pode ser minimizado sobretudo se se levar em conta o conjunto de elementos singulares presentes nesta construção. Toda profissão necessita avaliar sua prática e a abrangência social e política de sua ação. Para tanto, se faz necessário conhecer o próprio discurso e o da comunidade na qual se insere possibilitando um “canal” de comunicação entre as partes.

A passagem da clínica para a consideração do contexto social é acompanhada, certamente, por modificações nos referenciais teóricos . Ao deixar de considerar apenas a “dimensão individual, intrapessoal” e tomar como valor importante a “inserção social”, deixa-se também a visão de uma consciência individual que se isola em relação ao mundo externo (LO BIANCO et al., 1994, p.16).

GIANOTTI (1996, p.18) sugere que os psicólogos necessitam pesquisar outras técnicas de diagnóstico e psicoterapia no contexto da saúde pública, das instituições médicas e que estas sejam mais rápidas e mais decisivas, conduzindo a uma psicoterapia mais definida, mas sem perder a eficiência.

No primeiro capítulo, intitulado A Saúde e a Psicologia, traz-se uma revisão da literatura que começa pela evolução histórica do binômio saúde-doença desde as representações mais antigas até as definições mais atuais e holísticas. Adentra-se o campo da saúde pública, delinea-se aquilo que trata o campo e como o profissional de Psicologia se insere neste e, depois, se estende até à realidade da Psicologia na assistência à saúde pública no Brasil, no nosso Estado e em Fortaleza.

No segundo capítulo, aprofunda-se o estudo sobre a Teoria das Representações Sociais, que daqui em diante se chamará de TRS e servirá de referencial teórico por ser uma versão contemporânea do senso comum bastante adequada para lidar com as questões que se quer pesquisar. Para este estudo em questão, a utilização da Representação Social como instrumento de compreensão e informação da realidade cotidiana é especial para propiciar o alcance da visão do trabalho do psicólogo, tanto dele mesmo como de quem ele

atende. Além da Teoria das Representações Sociais, discutem-se alguns trabalhos da área, no Brasil, referentes ao tema em foco.

O terceiro capítulo se destina aos objetivos gerais e específicos, nos quais são destacadas as metas a alcançar.

O quarto capítulo sobre a metodologia, consta, inicialmente, de algumas considerações acerca da metodologia das representações sociais, que abarca uma análise qualitativa por desvendar conteúdos simbólicos e qualitativos, e uma técnica da análise de conteúdo, por ser um modelo de larga abrangência. Ainda neste capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos como construção e descrição do instrumento, universo amostral, delimitação e descrição da amostra dos psicólogos e dos clientes e tratamento dos dados.

A descrição, análise e discussão dos resultados fazem parte do quinto capítulo. Descreve-se toda a rede de significados encontrada e se analisa os resultados, optando-se pela estratégia de um duplo tratamento: ora considerando-os separadamente, outras vezes os considerando em conjunto para perceber seus pontos congruentes e divergentes.

O último capítulo é o fecho do ensaio, contendo as ilações retiradas da busca de campo, arrimada na literatura pertinente, onde constam algumas sugestões.

Espera-se que o trabalho, sem a pretensão de ser a última palavra no tema, conduza o psicólogo a refletir sobre o seu conteúdo, levando-o a comportar-se, no que couber, com base nas conclusões aqui levantadas, de modo a maximizar a qualidade da sua atuação junto aos seus clientes quando dos cuidados que presta na saúde pública.

1 A SAÚDE E A PSICOLOGIA

1.1 Representação do Binômio Saúde – Doença: Evolução histórica.

A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação dos corpos dos seres humanos com as coisas e os demais seres que os cercam.

Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissoluvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência das epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte (SEVALHO, 1993, p.352).

As primeiras representações de saúde e doença foram mágicas. Entre os povos sem escrita, a doença era vista como influenciada por entidades sobrenaturais, externas; depois, a doença começou a participar das crenças religiosas, sendo “obra dos deuses”. Outra representação também religiosa mais elaborada porquanto relacional é a doença punição.

Já a escola hipocrática do século V a. C. trouxe a teoria de que as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas por fenômenos naturais. Tal concepção, chamada de humoral, se apoiava em dois postulados básicos: o corpo humano é formado por um número variável de líquidos, e a saúde é o equilíbrio entre os humores, enquanto a doença é o desequilíbrio, o predomínio de algum dos humores sobre os demais.

A concepção humoral dos gregos, inclusive a higiene para a conservação da saúde dos corpos e das mentes, foi continuada por Cláudio Galeno, médico grego que passou

grande parte de sua vida na Roma antiga, no século II. Ele foi o primeiro a fazer uma descrição sobre o efeito da mente sobre o corpo. Na falta de testes de laboratório, acreditava que a imagem mental ou o conteúdo dos sonhos do paciente desse informações clinicamente importantes para o diagnóstico. Por exemplo, imagens de perda ou de dor se relacionavam com um excesso de melancolia (bile negra) e imagens de terror ou medo refletiam um predomínio de cólera. Os escritos de Hipócrates e Galeno foram, depois, transmitidos aos médicos árabes que os traduziram e os seguiram na Idade Média, protegendo-os, assim, do catolicismo romano e da Santa Inquisição.

Na Idade Média, o mundo ocidental viveu um período profundamente influenciado pela Igreja Católica. Onde as representações de saúde e doença retomaram um caráter fundamentalmente religioso e, após o século XII, as obras hipocráticas e de Galeno foram traduzidas do grego e do árabe para o latim e os idiomas nacionais, retornando, assim, a concepção humoral para o Ocidente.

A noção de um universo orgânico, vivo e espiritual, a partir dos séculos XVI e XVII, foi substituída pela noção do mundo, como se ele fosse uma máquina conformando a cisão entre o ser humano e a natureza. Esse desenvolvimento foi ocasionado por mudanças revolucionárias na Física e na Astronomia, culminando nas realizações de Copérnico, Galileu e Newton. A ciência do século XVII baseou-se num método de investigação, defendido vigorosamente por Francis Bacon, o qual envolvia a descrição matemática da natureza e o método analítico de raciocínio concebido por Descartes. Reconhecendo o papel crucial da ciência na concretização dessas importantes mudanças, os historiadores chamaram esse período de Idade da Revolução Científica.

Segundo SEVALHO (1993, p.355) neste tempo de “efervescência cultural”, as noções e os conceitos sobre saúde e doença proliferaram; contudo, *ao nível das mentalidades na longa duração, as permanências são mais evidentes do que as pretensas mudanças...* Representações de ordem ontológica, que vêem a doença como um *ser externo*

que invade os corpos, se misturavam com circulações humorais, reações químicas, fermentações, movimentos corpusculares e forças de ordem física .

FOUCAULT (1980, p.136) observa que, desde a abertura dos corpos, no nascimento da clínica, foi reforçada a noção de que a doença se retirava para uma intimidade cada vez mais inacessível do espaço interno do corpo humano. As idéias sobre o contágio, presentes nas representações mais remotas, se afirmaram como modelo científico de explicação do processo mórbido com as revelações de Louis Pasteur e Robert Koch.

Enquanto a clínica moderna se desenvolveu nos hospitais e nos laboratórios, onde mais tarde se abrigariam a fisiologia experimental de Claude Bernard e a microbiologia de Louis Pasteur e Robert Koch, as idéias de François Broussais inspiraram a Medicina Social que surgiu com o avanço da evolução industrial no século XIX. Para Broussais, a doença não era algo que se instalava no corpo, mas o próprio movimento dos tecidos em virtude dos estímulos irritantes (SEVALHO, 1993, p.357).

BERLINGUER (1988, p.20) nos traz, com relação ao fenômeno doença na espécie humana, a interligação de três componentes: a) um fato objetivo, corporal, isto é, uma alteração de algum órgão, aparelho, sistema ou função, mais ou menos demonstrável; b) um maior ou menor conhecimento do mal; c) uma idéia e uma medida, derivadas do conhecimento, dos prejuízos, dos interesses da época; e, portanto um juízo de valor, uma interpretação ética, além da científica, que vale como guia de ação.

Os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, ar, clima, habitação, trabalho, técnica, relações familiares e sociais etc.) podem causar doenças, se agem com determinada intensidade, se pesam em excesso ou falta, se agem sem controle. Um mesmo elemento pode assumir dois valores: ser fonte de saúde ou razão de mal-estar (BERLINGUER, 1988, p.16).

Para o referido autor, há cinco representações para a doença: *Sufrimento* (dor), *Diversidade* (desvio, anormalidade), *Perigo* (contágio, condenação), *Sinal* (rompimento de um equilíbrio) e *Estímulo* (evolução e conhecimento). Analisando-as ao longo dos tempos, parece chegar à conclusão de que nenhuma das definições parece suficiente; e que *por esse motivo convém partir dos sofrimentos, das diferenças e anomalias, dos perigos, dos sinais e dos estímulos que cada processo patológico desencadeia e influi na vida dos indivíduos e nas relações sociais* (BERLINGUER, 1988, p.120).

Percebe-se, então, que saúde/doença englobam atitudes, comportamentos e revelam a concepção do mundo que o indivíduo porta; trata-se de um fenômeno que também explica a ação do homem sobre a sociedade com seus desequilíbrios, preconceitos, seus instrumentos de poder político e econômico.

1.2 A Visão Holística de Saúde

Etimologicamente, a palavra saúde origina-se do latim *salus* que significa são, inteiro, salvo, salvação. Dessa palavra, derivam: *saluus*, *solidus* e *soldus*, que significam solda e soldado, querendo dizer que é uma única peça, inteiro, completo. Em suas origens gregas, o significado de saúde é de inteiro, intacto, real, em suma, integridade. Visto deste aspecto, a saúde como integridade não permite fragmentação em saúde física, mental e social. Portanto, parte-se de uma visão holística na interface de uma grande diversidade de disciplinas, que se torna mais completa quando a realidade da saúde ultrapassa a dimensão individual e passa para a esfera coletiva.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no momento de sua constituição, em 1946, tentou dar uma definição, a mais abrangente possível, para a saúde: *A Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença* (OMS). Essa escolha, segundo BERLINGUER (1988,p.16), teve efeitos

positivos pois ligou os fenômenos psíquicos e sociais, antes negligenciados no tema da saúde mas *ampliou grandemente a esfera das atribuições na área da saúde, com o risco de transformar qualquer sinal de conflito e qualquer distorção entre os homens, em ocasião de pretexto para tratamento médico.*

Tal definição foi atualizada, em 1957, como *capacidade de desenvolvimento das funções adequadas em relação às condições ambientais e genéticas dadas* mas, segundo ainda continuou *conservadora, estática, paralisante* (BERLINGUER, 1988, p.16) . No final dos anos 80, os delegados do Estado do Vaticano e das nações muçulmanas propuseram à Assembléia da OMS acrescentar às palavras físico, mental e social uma quarta categoria de saúde: a espiritual. A proposta foi aprovada por 24 votos a favor, 10 contra (nações orientais) e uma centena de abstenções dos países livres mas ainda não foi incorporada oficialmente.

Quando na VIII Conferência Nacional de Saúde, no Brasil, se adotou uma extensa definição de Saúde, como *a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* (LEI ORGÂNICA DE SAÚDE, 1990), tinha-se em mente o caráter pluridimensional da saúde mas ainda se verifica grande distância para a verdadeira prática do conceito.

Para CORDEIRO (apud BERLINGUER, 1988, p.7), a saúde é um processo dinâmico e contraditório resultante da interação das políticas econômicas e sociais, das transformações do meio ambiente e ambiente de trabalho, do desenvolvimento científico e processo técnico, da formação da força de trabalho em saúde e mutações no mercado de trabalho do setor . Tal concepção reforça a ligação da Saúde com os setores sociais e ambientais.

Percebe-se que a saúde, a doença e o fenômeno de cura mudam de significado de acordo com a época e variam de uma cultura para outra. Assim, é necessário um amplo

conceito de saúde envolvendo dimensões individuais, socioculturais, ecológicas e, também, espirituais ou transpessoais.

As definições e as análises citadas tiveram um objetivo explicativo, mas também indicaram comportamentos, decisões, atos que influenciam a existência de cada um. Saúde e doença são fenômenos vitais que não se contrapõem assim tão diretamente. *Saúde e doença não significam dois estados separados por limites bem distintos ou até duas situações reciprocamente excludentes* (GONÇALVES in LAMOSA, 1990, p.115).

A saúde é um processo, um movimento de ação e reação, uma tendência ao equilíbrio assim como a doença pode ser um processo, um movimento de ação e reação, um conflito entre agressão e defesa. Melhor seria falar num *contínuum* saúde- doença, que se processa não somente no interior do organismo como fora dele, isto é, entre o organismo e o ambiente que inclui o social, cultural, espiritual.

Deduz-se, pois, com facilidade, que a posição de cada homem na escala que concretiza o contínuo saúde - doença representa, em cada momento, a resultante de sua capacidade de interagir com as forças biológicas, físico-químicas, mentais, sociais e culturais, que podem comprometer seu equilíbrio. Pode-se repetir com PERKINS (apud LAMOSA, 1990, p.116), que

Saúde é um estado de relativo equilíbrio da forma e da função do organismo, resultante do seu sucesso em ajustar-se às forças que tendem a perturbá-lo. Não se trata de uma aceitação passiva, por parte do organismo, da ação das forças operando no sentido do reajustamento... Tal capacidade de ação e reação do homem com o meio ambiente que o cerca é profundamente variável, atendendo a características próprias que distinguem cada ser humano, diferenciando-o dos demais .

É importante considerar duas visões: a *holística*, na qual a saúde é um processo no qual os atributos que pertencem ao indivíduo se relacionam com aqueles da estrutura social; e a visão *reducionista*, sendo a saúde considerada um estado, numa análise que desagrega o indivíduo da estrutura social.

LYNG (apud JONAS et al., 1993, p.37-52), fala da *visão holística*, a qual prevê três tipos de ação: a) direcionamento dos esforços no sentido de prevenção da redução das capacidades físicas, psicológicas e sociais; b) desenvolvimento de novas capacidades humanas; e c) o equilíbrio entre o indivíduo e o meio ambiente. Essa visão apresenta objetividade sobre conceitos de normalidade, mas não despreza dados subjetivos, afirmando a influência do estado mental no físico e vice-versa, ressaltando as doenças psicossomáticas.

A saúde é um processo a ser adquirido e conquistado em todos os momentos da vida do indivíduo, assim como as potencialidades para as realizações. Todos estamos envolvidos na manutenção da saúde, quer sob o enfoque individual, quer sob o coletivo. Com relação à assistência à saúde, CAPRA (1986, p.131) prevê que um futuro sistema consistirá, em primeiro lugar, num sistema abrangente, efetivo e bem integrado de assistência preventiva. A manutenção da saúde será, em parte, uma questão individual e, em parte, coletiva, estando as duas, a maior parte do tempo, intimamente ligadas. A primeira se baseia no reconhecimento de que a saúde dos seres humanos é determinada, acima de tudo, por seu comportamento, sua alimentação e a natureza de seu meio ambiente.

1.3 Saúde Pública: Definições e Delimitações

A saúde pública é definida como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental. Visa, através de esforços organizados da comunidade, ao saneamento do meio ambiente, ao controle de infecções, à organização dos

serviços de saúde com o objetivo de um diagnóstico precoce e a um tratamento preventivo de doenças (WINSLOW apud ROUQUAYROL, 1993, p.18).

Na saúde pública, a esfera preventiva é altamente privilegiada, pois a prevenção é uma ação antecipada que tem por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. Segundo o autor, há um tipo de prevenção estrutural que pode ser conseguido através das estruturas políticas e econômicas, pois as ações dos especialistas só são eficientes a partir do momento em que elas estejam equilibradas, mas o profissional de saúde não pode perder a visão de que é importante também fazer prevenção social e ela começa a partir da conscientização da comunidade envolvida.

A prevenção das ações da prática da saúde pública pode ser feita nos períodos de pré-patogênese e patogênese. O primeiro período envolve as ações de promoção da saúde e proteção específica que se chama de prevenção primária. No segundo período, temos as ações de prevenção secundária e terciária. Na prevenção secundária a ação é realizada no indivíduo já doente e inclui: o diagnóstico, o tratamento precoce e a limitação da invalidez. A prevenção terciária consiste em prevenir a incapacidade através de medidas destinadas à reabilitação. Ultimamente, também tem se falado em prevenção quaternária que inclui o apoio ao paciente com doença terminal.

Fazendo uma análise histórica da saúde pública, verifica-se que, ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comidas puras, em volume suficiente, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo.

Os avanços significativos da saúde comunitária não se mostraram uniformes nas várias partes do mundo. Houve redução das mortes por doenças de infância, juventude e adultos jovens, o aumento da esperança de vida ao nascer, a maior longevidade alcançada

mas a preocupação atual é com a população madura. Restam os desafios no combate às doenças crônicas degenerativas (câncer, enfermidades cardiovasculares e renais, diabetes *melittus*, aterosclerose, moléstias musculares esqueléticas e alterações mentais associadas à velhice). Pode-se, também, incluir o aumento das mortes por violência e por doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a AIDS. Ao mesmo tempo, com o declínio das doenças comunicáveis, o programa de saúde comunitária se ampliou para incluir outros elementos e situações capazes de prejudicar o bem-estar físico e psíquico das pessoas da comunidade.

MINAYO (1992, p.79), fala da “cristalização” das limitações das visões de saúde/doença que está na própria conceituação de expressões como saúde pública ou saúde coletiva. O primeiro, segundo o autor, consagra uma dimensão reducionista de direção e intervenção do Estado numa área social mais ampla e complexa do que a definida pelas práticas sanitárias oficiais. Quanto a outra expressão, é também ambígua e inespecífica; citando Donnangelo e Merhy, o autor citado fala de uma certa imprecisão do adjetivo “coletivo” para conceituar o campo da saúde por causa da ampla conotação que comporta.

O campo da saúde coletiva engloba algumas áreas que podem ser identificadas como a Medicina Social, a Saúde Pública, a Epidemiologia, a Antropologia e a Psicologia da Saúde:

...Sob o campo de Saúde Coletiva procurava-se reunir distintas correntes de pensamento e práticas: a Medicina Social, o preventivismo e as tendências racionalizadoras, nas suas vertentes representadas pela Saúde Pública institucionalizada, tanto na sua expressão sanitarista quanto na sua versão modernizante... outras interfaces, envolvendo a integração entre campos de conhecimento no âmbito da Saúde Coletiva estão sendo recuperadas, especialmente entre a Epidemiologia e a Antropologia (Canesqui, 1995).

Prefere-se, neste estudo, situar o campo da saúde pública, independente da diferenciação apresentada. Assim, a importância e o alcance que a saúde pública pode Ter, principalmente em termos preventivos, deve assegurar a cada indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde.

Considerar-se-á o termo “pública” referente à coletividade, isto é, dando uma visão mais global de todo o trabalho com populações e, além disso, possuindo um caráter interdisciplinar que permite, assim, a entrada da Psicologia no sentido de contribuir para a prevenção e o tratamento das doenças, e prolongar a vida do indivíduo e de sua comunidade. Quando se fala em doenças, pretende-se, aqui, abranger todos os tipos, até as da área de saúde mental; do mesmo modo, quando se refere à “saúde”, objetiva-se envolver todos os aspectos desde o físico, psíquico, social, cultural e espiritual dentro da esfera pública.

1.4 A evolução do papel da Psicologia na Saúde

Segundo documento da Fundação para o Desenvolvimento e Aperfeiçoamento de Pessoal do Governo de São Paulo - FUNDAP que discute aspectos relativos à legislação das profissões de saúde, verifica-se que há cerca de 14 profissões inseridas nesta área: Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, **Psicologia**, Química, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Veterinária. A regulamentação do exercício profissional foi um dos aspectos abordados neste trabalho (SPINK, 1985, p.24).

Segundo SPINK (1985, p.27), é possível identificar certos elementos comuns no processo que leva à estruturação das diferentes categorias profissionais, embora a ordem de ocorrências não seja necessariamente a mesma para todas as profissões emergentes. Entre esses passos, pode-se incluir a criação de cursos universitários, de associações

profissionais nacionais, a capacidade de exercer pressão política para obtenção de legislação específica, a aprovação de um código de ética e o monopólio de uma técnica, que possa ser considerada como necessária para a comunidade.

No contexto amplo da evolução das profissões de saúde, verifica-se, no trabalho há pouco citado, atividade legislativa mais intensa em determinados períodos: na década de 30, no governo de Juscelino Kubitschek e após 1968. No primeiro período, o objetivo da atividade legislativa são as profissões tradicionais da saúde: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e Medicina Veterinária. No segundo, algumas destas profissões tradicionais recebem nova legislação, o mesmo acontecendo com a Química e com a profissão de Assistente Social, que é regulamentada. No terceiro período, de 1968 até 1984, coincidindo com a criação de outros cursos e a expansão do ensino universitário, são regulamentadas novas especializações da área de saúde: **Psicologia**, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Biomedicina.

Atualmente cabe aos conselhos profissionais - antes autarquias dotadas de personalidade jurídica de direito público, agora, personalidade jurídica de direito privado de acordo com a lei 9.574 de 30 de junho de 1998, vinculadas ao Ministério do Trabalho - a tarefa de disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão e zelar pelas observâncias dos princípios de ética profissional.

Outro ponto apresentado por SPINK (1985, p.34) diz respeito à luta pela hegemonia em um determinado campo de atuação na área da saúde:

A confluência das atividades na área da saúde, o processo contínuo de especialização e a definição de novas áreas de atuação determinam invariavelmente, o aparecimento de fronteiras mal definidas entre os vários grupos de profissionais.

Além dos conflitos decorrentes da definição das competências das diversas profissões, há, também, um problema mais geral que afeta igualmente todas as áreas de saúde: a hegemonia do médico. Tal poder ainda se verifica nas instituições de saúde tanto com relação aos clientes quanto às profissões entre si.

Após a ampliação do conceito de saúde, apareceram áreas de atuação para as novas especializações. A idéia universal de que as várias áreas de atuação profissional são complementares, fez com que reconhecesse a necessidade de criar equipes multidisciplinares de saúde, integradas por médicos e outros especialistas, sem relações de subordinação destes àqueles (SPINK, 1985, p.36).

Voltando-se para a Medicina e Psicologia, percebemos o quanto as funções de um organismo vivo não se prestam a uma descrição reducionista. Como a medicina ocidental aderiu à divisão cartesiana e negligenciou o tratamento do paciente como uma pessoa total, os médicos e psicólogos acham-se hoje incapazes de entender, ou de curar, muitas das mais importantes doenças atuais.

Outro déficit da ciência médica é a tendência para a especialização originada entre outras causas, pelo avanço da tecnologia médica e pela transferência de foco do paciente para a doença. No caso da Psiquiatria, está bem claro quando se estuda as perturbações “mentais” como se a mente e o corpo fossem separados; *em vez de tentarem compreender as dimensões psicológicas das doenças mentais, os psiquiatras concentraram seus esforços na descoberta de causas orgânicas* (CAPRA, 1986, p.123). Daí a criação de um movimento alternativo de abordagem psicológica ou psicoterápica que se chamou de Psiquiatria dinâmica e foi iniciado por Sigmund Freud, situando a Psiquiatria muito mais perto das Ciências Sociais e da Filosofia.

Abre-se um parêntese para ressaltar, aí, a quebra de um vínculo importante da Psicologia com a saúde de um modo geral, que agora está sendo recuperado com muito vigor nos movimentos da Psicologia Hospitalar, Psicologia aplicada à saúde ou mesmo na

Psicossomática. Na concepção holística de doença, a enfermidade física é apenas uma das numerosas manifestações de um desequilíbrio básico do organismo: outras manifestações podem assumir a forma de patologias psicológicas e sociais.

Outro aspecto é a formação dos psiquiatras. É dada pouca importância aos que se ocupam da doença mental. Um estudante de Medicina, em sua graduação, pelo menos aqui no Brasil, vê apenas disciplinas biomédicas, e as questões filosóficas e existenciais como normalidade, morte, holismo, religião, práticas alternativas, modelos orientais de saúde etc., - pouco são suscitadas. GARCIA (1993) fala que a introdução de estudos de religião na formação de profissionais de saúde poderia ser útil, entre outras coisas, para humanizar o sistema médico excessivamente técnico. A Medicina Social traz a visão antropológica como contraponto para que o estudante de Medicina reconheça a importância de que a cultura para o indivíduo é o encaixe como parte de um sistema de valores e crenças.

Na graduação de Psicologia, o caso é inverso, pois se estudam todas as questões existenciais, filosóficas do homem; mas de saúde, em geral, só se estuda Anatomia e Psicofisiologia, sem nenhum conteúdo integrativo.

Os psiquiatras carecem freqüentemente desse conhecimento, e, no entanto, eles são legalmente responsáveis pelo tratamento das doenças mentais. Assim, os doentes mentais são tratados em instituições médicas onde psicólogos clínicos, que freqüentemente possuem um conhecimento mais completo dos fenômenos psicológicos, atuam meramente como auxiliares subordinados aos psiquiatras (GARCIA, 1993).

O aconselhamento psicológico desempenhará um importante papel neste processo. Neste ínterim, abre-se um parêntese para falar numa Psicologia ou ação psicológica que deveria ser comum aos profissionais de saúde à medida que educam o paciente acerca da

natureza e do significado da enfermidade e das possibilidades de mudança do tipo de vida que o levaram à doença. Além do clínico-geral, todos deveriam saber avaliar a contribuição relativa de fatores biológicos, psicológicos e sociais para a enfermidade de uma pessoa, requerendo de si não só conhecimentos de Biologia humana, Psicologia e Ciência Social mas também experiência, sabedoria, sensibilidade, compaixão e desvelo pelo paciente como ser humano.

Entende-se, atualmente, que a atuação na saúde não seria da competência de único profissional, mas, tarefa multidisciplinar. Concorda-se com GIANOTTI (1996, p.15), quando propõe que profissionais de áreas diversas, representantes de várias ciências, se agregariam em equipes de saúde com fins de encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença.

A abordagem da terapia na saúde seria multidimensional , envolvendo tratamentos em vários níveis do sistema corpo/mente, o que exigirá um esforço de equipe interdisciplinar. A definição do termo interdisciplinar trazida por CHAVES (1982, p.19) diz que *interdisciplinariedade* , num sentido estrito, se refere à associação íntima entre duas ou mais disciplinas havendo uma interação que iria desde uma simples comunicação de idéias até a integração de conceitos organizativos, metodologia, procedimentos, terminologia e epistemologia. Os membros de uma equipe deviam compartilhar da mesma concepção holística de saúde e de uma estrutura conceitual comum, o que lhes permitirá comunicar-se eficientemente e integrar seus esforços de maneira sistemática.

MEJIAS (1984, p.155-156) fez uma revisão de vários artigos concernentes aos problemas da influência do comportamento do indivíduo na manutenção de sua saúde e das relações entre aspectos do ambiente, comportamento e saúde. Para estes autores, embora as raízes do envolvimento da Psicologia com questões de saúde e doença datem de mais de um século, esse envolvimento está longe de ser claro ou esclarecedor para os psicólogos.

Existem pontos de contato entre as duas áreas, mas existem, também, divergências, sobretudo no que diz respeito ao enfoque do problema. As principais divergências seriam que na, saúde pública, incluem o enfoque na prevenção primária, uma orientação no sentido do macro sistema social (a comunidade, a nação e a sociedade), intervenções e preocupações em termos de política de saúde e política social .

Já a Psicologia tende a dar, tradicionalmente, maior atenção a aspectos secundários e terciários dos problemas de saúde (e isto, talvez, com maior propriedade, se aplique à Saúde Mental), voltando-se primordialmente para o indivíduo... A preocupação principal do psicólogo tem sido, portanto o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas quotidianos, ao invés da promoção da compreensão científica de processos subjacentes à mudança do comportamento e promoção da saúde (MEJIAS, 1984, p.157).

A Psicologia não deixou de estar presente na busca de solução para os problemas de saúde; nos Estados Unidos, foi criada uma divisão de conhecimento que a APA - *American Psychological Association* instituiu e denominou “Psicologia da Saúde” dado o montante de produção nesta área.

A conceituação desta nova área adotada pela Divisão de “Psicologia da Saúde” da APA é a seguinte:

A Psicologia da Saúde é o agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia à promoção e à manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação de correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde e da doença e respectivas disfunções. Ela visa ainda a análise e o progresso do sistema de assistência à saúde e o

desenvolvimento da política sanitária (MATARAZZO apud MEJIAS, 1984, P. 156).

PERISSÉ (1985, p.118) mostra que a Psicologia está apta a oferecer relevantes contribuições na área de prevenção da doença através da identificação e modificação de comportamentos que afetam patogenicamente a saúde física. O artigo discute algumas possibilidades deste enfoque para promover uma participação maior dos psicólogos brasileiros neste campo, citando três categorias de processos comportamentais relacionados com a doença e a saúde, dentro dos quais a Psicologia pode fazer contribuições relevantes: 1 hábitos e estilos de vida nocivos à saúde; 2 efeitos psicológicos diretos como as alterações biológicas em resposta aos estímulos psicossociais; e 3 reações do indivíduo à doença e ao papel do paciente.

O trabalho do psicólogo na área da saúde pública, no sentido de *prevenção primária*, será através de medidas como educação e reorganização social, ocupando-se de identificação dos riscos, isto é, das influências comportamentais capazes de provocar a doença ou favorecer o surgimento de doenças e da manipulação dos riscos junto à população ameaçada para evitar que a doença se estabeleça. Na área de *prevenção secundária*, atuará no tratamento de problemas agudos e nas crises servindo como apoio ao paciente, família e equipe de saúde. Neste sentido, o psicólogo estará atuando de modo preventivo, evitando o agravamento e a permanência de determinados problemas. Na área da *prevenção terciária*, dedicada à reabilitação, poderá ainda prevenir transtornos psíquicos causados pela hospitalização ou pela doença.

1.5 A Realidade da Psicologia na Assistência à Saúde Pública

Desde o final da Segunda Guerra Mundial, as contribuições científicas e profissionais dos psicólogos se encontravam firmemente estabelecidas dentro do campo

geral da saúde mental, particularmente nas sociedades altamente industrializadas da Europa e América do Norte. Durante os primeiros decênios posteriores à Segunda Guerra, a Psicologia se expandiu rapidamente a uma ampla variedade de áreas, como ciência e como profissão (HOLTZMAN et al., 1987, p.147). Na qualidade de *cientistas*, os psicólogos abriram muitos campos de investigação dentro das ciências biológicas e sociais na busca de uma compreensão mais profunda da mente e do comportamento. Como *profissionais*, os psicólogos se multiplicaram rapidamente para atender, em serviços de saúde mental, pessoas com problemas mentais ou emocionais.

Logo surgiram as especializações principais: a *Psicologia clínica*, que se originou em grande parte no hospital e no consultório psiquiátrico; a *Psicologia escolar*, que se desenvolveu a partir da necessidade de dispor de serviços profissionais especializados para as crianças, pais e professores, e se concentrou nos problemas de aprendizagem e desenvolvimento infantil em âmbitos escolares; a *Psicologia industrial*, que se ocupou dos problemas como as formas de equiparar as capacidades dos indivíduos com os requisitos dos empregos através de uma seleção adequada e métodos de capacitação, a avaliação e melhoramento da satisfação com o emprego, a redução dos acidentes de trabalho etc.

A expressão “Psicologia clínica” remonta ao fim do século passado, introduzida por Lighter Witmer, em 1896, por falta de melhor opção já que não lhe agradava tão estreita associação com o modelo médico (CUNHA apud LO BIANCO, 1994, p.8). Esse conceito passou a fazer parte de dois mundos, o acadêmico e o profissional. Para o autor, na tradição acadêmica, a expressão ficou influenciada pelo campo mais amplo da Psicologia. Na tradição clínica, todavia, sofreu mais influência do modelo médico, tendendo a centrar o seu foco na compreensão e tratamento da doença. Tal modelo teve efeitos marcantes na formação da identidade profissional do psicólogo clínico, por ser um modelo de *status* social.

Segundo HOLTZMAN et al. (1987, p.248), a Psicologia, na Saúde se ocupa da relação biopsicossocial da mente e do corpo em um dado meio sociocultural e do desenvolvimento de novas tecnologias do comportamento para a promoção e a manutenção da saúde. Compreende também o estudo de fatores do comportamento que afetam o tratamento de emergência e a recuperação da enfermidade física.

A OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), em 1983, reforça a importância da integração da Psicologia como profissão nos serviços de saúde: *Estudos epidemiológicos têm demonstrado que pelo menos uma quinta parte de todos os pacientes que acorrem aos serviços gerais de saúde padecem de problemas fundamentalmente psicossociais* (LAMOSA, 1987, p.14).

A natureza da Psicologia e o papel dos psicólogos, particularmente com respeito a saúde e saúde mental, variam em diferentes países, de acordo com o desenvolvimento industrial e econômico. A grande maioria dos psicólogos com maior grau de capacitação profissional e científica, segundo relatório da OMS, se encontra na América do Norte, Europa Ocidental, Japão e Austrália. A Psicologia Comunitária, com seu enfoque central na análise ecológica e ambiental, assim como a ação social dentro da comunidade, e a maior parte dos avanços da Psicologia na Saúde tem origem nestes países (HOLTZMAN et al., 1988, p.249).

O desenvolvimento da Psicologia nos países socialistas da Europa oriental e da antiga União Soviética tem sido muito desigual. Na ex-União Soviética, por exemplo, o número de psicólogos por milhão de habitantes era consideravelmente menor do que na maior parte dos países ocidentais. Em outros lugares da Europa Central e Oriental como a ex-Cecoslováquia (hoje Eslováquia e República Tcheca), Hungria, Polônia, etc., o número de psicólogos aumentou desde a Segunda Guerra Mundial assemelhando-se muito mais aos da Europa Ocidental. O maior país socialista, a República Popular da China, tem

buscado outros caminhos para estender a Psicologia a outros campos, aumentando assim sua influência sobre a política e o desenvolvimento nacional.

Em Cuba, os psicólogos adotaram um papel ativo na promoção da atenção primária de saúde, a redução de fatores de risco social e o fortalecimento da capacidade da população de enfrentar problemas através da ação de base comunitária. A maior parte dos países da América Latina experimentou um rápido crescimento no número dos psicólogos com capacitação profissional na área citada. Também na Ásia se está produzindo um desenvolvimento similar neste campo; concretamente, nas Filipinas, Hong Kong, Índia, Indonésia, Singapura e Tailândia. Na África, somente a Nigéria mostra um crescimento rápido, com exceção da África do Sul, que tem um desenvolvimento igual ao da Europa Ocidental (HOLTZMAN et al., 1988, p.250).

A maior parte da África, grande parte da Ásia e vários países latino-americanos têm muito poucos psicólogos. Quando existem, tais serviços privilegiam determinada camada da população ou se dedicam ao ensino. Estes países se encontram, geralmente, envolvidos por problemas de crescimento descontrolado da população, desastres agrícolas, privações econômicas e instabilidade política, que resulta ser difícil estabelecer quaisquer programas profissionais ou científicos que não sejam em áreas tecnológicas de necessidade mais urgente para o desenvolvimento nacional (HOLTZMAN et al., 1988, p.251).

A profissão de psicólogo foi regulamentada, no Brasil, em 1962, pela Lei 4.119 de 27 de agosto, que também dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia. Por este motivo, nesta data, foi instituído o Dia do Psicólogo. A criação do Conselho Federal de Psicologia - CFP e dos conselhos regionais data de 20 de dezembro de 1971, com a Lei 5.766, que é regulamentada pelo decreto Nº 79.822, de 17 de junho de 1977 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – Legislação).

Em 1994, foi criado, pela resolução Nº 012/94 do CFP, o Conselho Nacional da Psicologia, entidade nacional, orgânica, não confederativa, não federativa,

descentralizada, com maior poder e fortalecimento dos regionais, composta das seguintes instâncias: Congresso Nacional, Fórum de Entidades, Conselho Nacional, congressos regionais e conselhos regionais com funções de articular e acompanhar as execuções da política nacional nos âmbitos das regiões do País e de realizar as tarefas que lhe foram conferidas pelo I Congresso Nacional da Psicologia, que se realizou no período de 25 a 28 de agosto de 1994, em Campos de Jordão, São Paulo.

Foram aprovadas diversas teses com relação aos temas seguintes: Entidades e Organização Política, Exercício Profissional e Formação profissional. Vale ressaltar que, com relação ao Exercício profissional,

o psicólogo é um profissional que promove saúde em qualquer área de atuação e que deve atuar sempre visando promover o bem estar do indivíduo, da comunidade, atualizando-se constantemente em termos técnicos, científicos, éticos e de desenvolvimento pessoal, de modo a contribuir para a ciência. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1994).

O II Congresso Nacional da Psicologia realizou-se de 28 de agosto a 1 de setembro de 1996, em Belo Horizonte e, a partir dos eixos temáticos de discussão - Formação, Exercício Profissional e as Leis 4.119 e 5.766 - os delegados participantes, eleitos nos seus respectivamente congressos regionais, aprovaram, através das discussões nos grupos de trabalho e nas sessões plenárias, um conjunto de teses que orientaram, política e estrategicamente, a ação da Psicologia no Brasil.

O III Congresso Nacional da Psicologia, realizado de 24 a 28 de junho, em Florianópolis, ratificou a posição da categoria no sentido de lutar em favor da formação

generalista e da prática profissional voltada para os reclamos éticos e sociais. Foram aprovadas 67 teses dentro das temáticas Globalização, Interfaces e Políticas Públicas.

Com relação à assistência a saúde pública, no Brasil, houve uma retomada dos movimentos que pressionam pela democratização do Estado brasileiro no final dos anos setenta, com questionamentos e discussões em torno das políticas sociais. Nesse percurso, envolvem-se os mais diferentes profissionais da área da saúde e acontecem a 7ª e a 8ª Conferências Nacionais de Saúde, com o objetivo de implantar um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, sob a responsabilidade direta do setor público. A meta básica era estender a cobertura de atenção à saúde da população de acordo com compromisso político internacional assinado pelo Brasil em Alma Ata, Casaquistão, em 1978 na 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde.

Sob a discussão da atenção integral à saúde em cujo cerne traz a necessidade da incorporação de novas profissões ao atendimento, aparece a grande porta de entrada para a Psicologia como profissão de saúde e outras profissões nesse campo onde, até então, a atenção era prestada por médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar.

A organização dos serviços de saúde preconizada pelo SUS (Sistema Unificado de Saúde) pressupõe uma rede de serviços integrada e regionalizada, composta por unidades básicas de saúde, rede de ambulatórios e hospitais. Este sistema de saúde envolve uma organização cujos níveis vão desde as ações preventivas ou remediativas de baixa complexidade (na atenção primária), às ações especializadas, que requerem seguimento (atenção secundária) até as ações especializadas específicas às situações hospitalares (atenção terciária) e terminais (atenção quaternária).

O que se observa é que o psicólogo vem se inserindo no campo da saúde pública, mas falta uma revisão mais ampla de sua formação, ainda direcionada para a atuação dentro do modelo “clínico - clássico” (MEJIAS, 1984, p. 159, SILVA, 1992, p.26, LO BIANCO et al., 1994, p.38).

No Brasil, a abertura para a consideração do “contexto social” vem sendo paulatinamente incorporada na Psicologia clínica. Há autores que a remetem até certo ponto ao próprio esgotamento da demanda de um mercado por terapias individuais, realizadas em consultórios privados.

FIGUEIREDO E SCHINGER (1981, p.46-47) dizem que há necessidade de mais estudos e pesquisa relacionados ao tipo de intervenção ou estratégia, que tragam melhores resultados ao atendimento psicológico da população carente. Afirmam, também, que a prática institucional deve ser multidisciplinar porque o psicólogo sozinho não dispõe de bagagem cultural e científica capaz de responder a estas necessidades.

ARCARO E MEJIAS (1990, p. 251-266) apresentam um breve histórico do movimento da assistência psicológica e da saúde mental com vistas à ampliação de suas propostas e linhas de atuação. Essa mudança vem associada, tanto no Exterior como no Brasil, a uma preocupação muito maior com a assistência oferecida a populações carentes e com a elaboração de intervenções mais diversificadas, flexíveis e de âmbito comunitário.

TOLFO (1992, p.67-78) discute a passagem de um trabalho clínico para a atuação em instituições. Isso faz com que o profissional se depare com uma demanda elevada de atendimentos que o leva a inadequação de sua prática institucional, através de modelos tradicionais. Conclui-se tornar necessário propor formas de atendimento que subsidiem outras áreas da Psicologia, bem como analise-as de modo crítico.

Já se pode encontrar uma série de programas de atuação em saúde pública como os de BOARINI (1987, p.27-30), que cita a prática de um Estágio em um Posto de Saúde Comunitário em Maringá – Paraná, desenvolvido por três anos consecutivos (84-85-85) e relata todas as dificuldades sentidas em termos de implantar suas estratégias e não serem correspondidas pelos usuários, principalmente no que tange ao atendimento individual próprio de Psicologia Clínica e da resistência e despreparo dos estagiários em fazer outro tipo de atendimento que não seja o remediativo.

RIBEIRO (1988, p.172-177) apresenta a Psicoterapia de grupo como possível solução para as dificuldades de atendimento institucional. Para tal reflete, inicialmente, as características das instituições em geral no tocante aos problemas enfrentados com um atendimento elitizado e fundamentado numa experiência clínica de consultório particular.

CARVALHO E SILVA (1989, p.20-22) alertam para o fato de que os trabalhos de grupos devem ser sedimentados cientificamente e não apenas ser uma forma de atender a demanda nas instituições públicas: “O atendimento de grupo deve, sim, ser realizado quando ele for a melhor indicação técnica para o caso e não deve ser usado, apenas, para dar conta de grande demanda”.

AMARAL E YOSHIDA (1993, p.89-94) descrevem uma experiência em Psicologia em um hospital especializado na reabilitação de pessoas portadoras de deformidades físicas, em especial, as de crânio e de face, e enfatizam o papel da investigação científica ligada às questões que surgem na prática profissional e nas interações interdisciplinares. Especificam os programas de atuação e ensino, concluindo pela importância do envolvimento cada vez maior dos profissionais no desenvolvimento de pesquisa que subsidiem suas práticas.

Os modelos de atuação para o psicólogo clínico, ensinados nas universidades, raramente se aplicam nas instituições. A formação acadêmica em Psicologia clínica tem sido predominantemente voltada para os moldes de uma psicoterapia a longo prazo e para o atendimento de uma clientela de classe média alta. As formas habituais de diagnóstico e de psicoterapia não satisfazem às exigências de atendimento de um grande número de pacientes e estas técnicas não são apropriadas às classes menos privilegiadas, menos escolarizadas e sem condições intelectuais, emocionais e econômicas de se beneficiarem das mesmas (SIMON, 1981, p.16-18, MACEDO, 1984 p.9-35, PERISSÉ, 1985 p.112-121, LO BIANCO et al., 1994, p.38).

Outro problema relacionado à ciência psicológica, tal como exercida nos consultórios privados, está no seu limitado poder de atuação em relação aos fatores sociais e ambientais que contribuem para desencadear problemas emocionais. Os psicólogos necessitam enfrentar o desafio de conceituar a doença psíquica em uma dimensão coletiva e como um fato coletivo.

Segundo GIANOTTI, (1996, p.24) os psicólogos vêm refletindo sobre sua atividade em áreas novas e já se observam algumas propostas de atuação. O autor caracteriza tais propostas em duas tendências principais de orientação: uma delas objetivando encontrar métodos de atuação que propiciem uma maior integração da equipe de saúde, e outra, que mostra uma preocupação em definir o papel do psicólogo nas instituições médicas.

Nesta Segunda perspectiva, as propostas se situam em dois níveis de abrangência, a saber: no primeiro, discute-se a inaplicabilidade dos métodos tradicionais de diagnóstico e psicoterapia, buscando utilizar novas técnicas, mais rápidas e voltadas à maioria da população, que possam satisfazer a demanda sem perder sua eficiência. Dentre estes modelos opcionais, pode-se citar os grupos operativos, os psicodiagnósticos em grupo, a Escala diagnóstica de Ryad Simon, as atividades terapêuticas, os grupos de espera, os grupos estruturais de vivência de pais, as atividades lúdicas e focalizadas, que utilizam material hospitalar e cirúrgico, as psicoterapias grupais, as psicoterapias breves e focais (SIMON, 1983 p.46, BLEGER, 1984, p.58, SEVERO, 1993, p.42-43, LO BIANCO, 1994, p.48, CAMPOS, 1995, p.91-98).

Num segundo nível de abrangência do campo de competência do psicólogo na saúde pública, segundo GIANOTTI, (1996, p.24), as propostas contradizem as anteriores relacionadas à utilização de procedimentos mais apropriados ao contexto institucional porque o psicólogo atuaria como um assessor ou consultor com tarefa de fazer um exame global da instituição, de forma a identificar a dinâmica psicológica envolvida. Desse modo, não haveria psicoterapia para os clientes mas uma atuação em nível preventivo e educativo.

Os conhecimentos psicológicos seriam usados com o fim de reduzir situações traumáticas e produzir uma satisfação de necessidades psicológicas.

Considerando as propostas de atuação, percebe-se ainda muita obscuridade em várias questões que dirigem à prática. *O mais importante é desfazer a ênfase individual e o foco da atividade do psicólogo para aspectos mais amplos relacionados à saúde coletiva* (LO BIANCO, 1994, p.48).

Em Fortaleza, a Psicologia, no contexto da assistência à saúde pública, teve seu início rudimentar no início dos anos 80 em hospitais gerais como o Hospital das Clínicas (hoje Hospital Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará – UFC) e Maternidade – Escola Assis Chateaubriand – MEAC, também vinculada a essa academia.

No final da década de 80, mais precisamente em 1988, com a criação do GPH-CE (Grupo de Psicologia Hospitalar do Ceará), houve uma certa articulação entre profissionais e estudantes estagiários da área. Nessa época, havia trabalhos no Instituto José Frota, Instituto do Câncer e nos hospitais acima referidos.

Apenas em 1993, a Comissão de Saúde do II. Plenário do Conselho Regional de Psicologia – 11ª região, retomando as atividades do GPH-CE, registrou aproximadamente 33 psicólogos espalhados em 16 instituições de saúde na cidade de Fortaleza.

Atualmente, segundo cadastro do CRP-11, nosso Estado possui aproximadamente 1.350 psicólogos distribuídos nas mais diversas áreas de atuação como saúde, educação, trabalho, social, e outras. Segundo recadastramento feito nos anos de 96/97, a área da saúde envolve os seguintes setores de atuação: *Consultório Particular, Hospital, Unidade Básica de Saúde, Ambulatório ou outro Equipamento de Saúde Mental e Pronto Socorro.*

Em Fortaleza, até o final do ano de 1997, através dos dados do CRP-11, 469 psicólogos atuavam na área da saúde. Destes 324 (76,60 %) atuavam em **consultório**, 77 (18,20%) na **rede pública**(hospital geral, de saúde mental, unidade básica de saúde,

ambulatório de saúde mental e pronto socorro) e 22 (5,20%) na **rede particular** (hospital geral, de saúde mental e ambulatório de saúde mental).

2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

2.1 A Psicologia Social

A unificação e a compreensão do estudo da Ciência Psicológica em termos individuais e sociais estão presentes desde seu nascimento, com William Wundt, o pai da Psicologia. Para ele, a grande meta desta ciência ou de seu projeto estaria em criar uma Psicologia Experimental, uma Metafísica Científica e uma Psicologia Social. Este seu último projeto foi apresentado na sua obra Elementos de Psicologia Popular. As funções mentais mais simples – sensação, percepção, memória, sentimentos simples – podiam ser estudados em laboratório através de experiências sobre a mente individual, mas os processos mentais mais elevados que o pensamento humano abrange são de tal maneira influenciados pelos hábitos lingüísticos, idéias morais e convicções ideológicas que as experiências científicas são impossíveis.

Porém, a dicotomia dos campos teórico e de intervenção da Psicologia em termos da polarização das dimensões individual e social, não se esclareceu com Wundt, está presente até hoje e é uma velha discussão presente na Psicologia Social, na Sociologia do conhecimento, na Antropologia e na Filosofia.

A lacuna do social na Psicologia é resgatada pela Psicologia Social contemporânea, a partir de 1960, na Europa, principalmente França e Inglaterra. A Psicologia Social nasceu com Augusto Comte, com questões sobre a Sociologia e a Moral mas, só após a Primeira Guerra Mundial, fez “corpo” como disciplina científica como mais uma ciência que buscava entender as “crises” do mundo. Os cientistas sociais indagavam como, diante da situação de conflitos e convulsão social, se podia preservar os valores da liberdade e dos direitos humanos. A partir de então, os psicólogos sociais procuravam dar respostas, estudando fenômenos de liderança, opinião pública, propaganda, preconceitos, mudança de atitudes, comunicação, relações raciais, conflitos de valores e relações grupais.

A partir de década de 50, surgem algumas tendências da Psicologia Social. A primeira, de tradição pragmática, proveniente dos Estados Unidos, com base behaviorista, percebendo o social como fator externo: a Cognitivista. A corrente Construtivista ou Moscoviciana, de origem européia, surgiu para contestar a primeira questionando sobre a separação do individual sobre o coletivo, do psicológico com o social, afirmando como campos complementares. Já a corrente Marxista é proveniente da ex-União Soviética e propõe que a Psicologia envolva o comportamento em todos os seus aspectos (individual e social).

A Psicologia Social é a ciência do conflito entre o indivíduo e a sociedade:

Não existe sujeito sem sistema nem sistema sem sujeito. O papel das representações partilhadas é o de assegurar que sua coexistência é possível. Quero dizer que é justamente este estado de coisas que torna a noção de conflito tão essencial em nossa teoria, quer se trate de transformações cognitivas, quer se trate de comunicações públicas. Sem esta noção não se pode compreender nem o dinamismo da sociedade nem a mudança de qualquer uma das partes que a compõem (Moscovici in Guareschi, 1994, p.12).

Percebe-se aí que ainda está muito difícil separar o que é o do homem ou do grupo mas valoriza-se a idéia de que o indivíduo só existe dentro de uma estrutura social, e toda sociedade resulta da interação destes muitos indivíduos. São objeto de estudo da Psicologia Social os fenômenos da ideologia (cognição e representação social) e os fenômenos de comunicação, todos vinculados aos diversos níveis das interações humanas.

Segundo BONFIM (1992, p.76), a Psicologia, no Brasil, tem negligenciado, tanto na sua atuação quanto no seu campo teórico, a clientela menos privilegiada. A atuação

restringe-se ao modelo clínico e não se adapta ao universo cultural e aos rituais desenvolvidos pelas técnicas psicológicas tradicionais, nem podem pagar por elas. No campo teórico, tem-se estudado mais enfaticamente temas relacionados ao indivíduo isolado do seu contexto sociocultural e histórico.

O que se diz é que no estudo da Psicologia Social o que ela “tem de mais original é questionar a separação entre o individual e o coletivo e contestar a dualidade entre o psíquico e o social, sem deixar de compreendê-los como campos interdependentes” (BONFIM, 1992, p.77).

O estudo das representações sociais caracteriza-se como uma tendência atual da Psicologia Social, que se detém nos fenômenos sociais numa perspectiva da realidade da vida cotidiana e de seu poder de construção social do real: *Não seria demais insistir sobre o fato de que a Teoria das Representações Sociais conduz um modo de olhar a Psicologia Social que exige a manutenção de um laço estreito entre as ciências psicológicas e as ciências sociais.* (MOSCOVICI in GUARESCHI, 1994, p.8).

MINAYO (1992, p. 158) ensina que representação social é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais estas são definidas como *categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.*

Como material de estudo, as representações sociais são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social. Durkheim é o primeiro autor que fala do conceito de representações sociais no sentido de representações coletivas, ou seja, categorias de pensamento expressas por uma sociedade. Diz que essas categorias não são dadas *a priori* e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais passíveis de observação e de interpretação. Assim, segundo o autor em foco, as representações não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual; de um lado, elas conservam

sempre a marca da realidade social onde nascem, mas, também, possuem vida independente e reproduzem-se tendo como causas outras representações e não apenas a estrutura social (DURKHEIM apud MINAYO, 1992, p.159).

A representação social é um instrumento da Psicologia Social que se articula entre o psicológico e o social e permite compreender, de uma forma mais concreta, o pensamento social. Concorda-se com o argumento de que é importante considerar tanto os comportamentos individuais quanto os fatos sociais em sua concretude e singularidade histórica e não abstraídos da presença dos outros. A representação social torna-se um instrumento da Psicologia Social, na medida em que permite compreender a formação do pensamento social e prever as condutas humanas (BONFIM, 1990, p.48). Ela favorece o desvendar dos mecanismos de funcionamento da elaboração do social do real e, por isso, torna-se tão fundamental no estudo das idéias e das condutas sociais.

A utilização da Teoria das Representações Sociais no diagnóstico psicossocial é vantajosa porque permite que se lide com um marco conceitual que envolve tanto o nível intrapessoal de análise com o interpessoal e o grupal (DOISE, 1986). Assim, embora cada indivíduo tenha representações pessoais de objetos sociais, “um exame das cognições no nível grupal permite que o pesquisador aprenda sobre os aspectos compartilhados de uma representação” (SCHULZE in SPINK, 1993, p.268-269).

2.2 A Teoria das Representações Sociais – TRS

Segundo definição clássica apresentada por DENISE JODELET (1984, p.9), discípula primeira de Moscovici, as representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. SPINK (1993, p.301) esclarece que as representações são fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir de conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção, ou seja, a partir das

funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

A expressão representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos. A cunhagem desse termo e, portanto, a inauguração do campo, devem-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici.

Um primeiro delineamento formal do conceito e da Teoria das Representações Sociais surgiu no trabalho de Moscovici, intitulado La psychanalyse, son image et son public (1961, 1976), a propósito do fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pela população parisiense, da sua transformação para servir a outros usos e funções sociais. Partindo da tradição da Sociologia do conhecimento, o autor começava então a desenvolver uma Psicossociologia do Conhecimento.

A vertente psicossociológica renovadora da qual Moscovici participa, de origem europeia, condena a tradição norte-americana dominante, entre outras coisas, por se ocupar basicamente dos processos psicológicos individuais como influenciado por “algo” social muito vago que não se mostra capaz de dar conta das relações informais, cotidianas, da vida humana, em um nível mais propriamente social ou coletivo.

A TRS estabelece uma síntese teórica entre fenômenos que, em nível da realidade, estão profundamente ligados. A dimensão cognitiva, afetiva e social estão presentes na própria noção de representações sociais (GUARESCHI, 1994, p.20).

Representação social é um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária, no curso de comunicações interindividuais (MOSCOVICI, 1978, p.67). É a versão contemporânea do senso comum. Elaborar-se um senso comum a partir de elementos provenientes de um universo cotidiano. Este é o universo das representações sociais, o universo consensual. O da ciência. No que diz respeito à TRS, é um universo

reificado. A Ciência segue um caminho inverso ao da TRS, principalmente ao nível lógico: vai das premissas às conclusões, torna o familiar em não-familiar.

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam e se instalam continuamente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso cotidiano. *Elas constituem uma organização psicológica, uma forma de conhecimento particular de nossa sociedade irreduzível a qualquer outras* (MOSCOVICI 1978, p.41).

Quando se fala de representações sociais, o objeto está posto num contexto ativo, dinâmico, já que é parcialmente concebido pela pessoa ou a coletividade como prolongamento de seu comportamento. Ela não somente dirige os comportamentos mas também os remodela, reconstitui os elementos do meio em que o comportamento se apresentar. Então, torna-se claro que as representações sociais são conjuntos dinâmicos que servem para produções de comportamentos e de relações com o ambiente, de uma ação que modifica tanto estes como aquele.

A passagem do testemunho à observação, do fato relatado a uma hipótese concreta sobre o objeto visado – em suma – a transformação de um conhecimento indireto num conhecimento direto – constitui o único meio de nos apropriarmos do universo exterior. Exterior num duplo sentido: o que não nos pertence – mas se subentende que pertença ao especialista – e o que está fora de nós, fora dos limites do nosso campo de ação (MOSCOVICI, 1978, p.52).

Para o autor, os indivíduos, em sua vida cotidiana, não são tão passivos assim como uma máquina que apenas registra e reage aos estímulos, pelo, contrário eles possuem a imaginação e o desejo de dar sentido à sociedade e ao universo a que pertencem. Mas, para

que se entenda todo o processamento das representações sociais a partir desse indivíduo, torna-se necessário que nos reportemos aos fenômenos de representação mental.

Para a Psicologia clássica, os fenômenos de representação acontecem mediados pela percepção e pelo conceito enquanto, para a TRS, a representação não é instância intermediária e sim uma vinculação direta entre conceito e percepção. A representação expressa, em primeiro lugar, uma relação com o objeto que representa (algo ou alguém). Um dos seus aspectos, o perceptivo, implica a presença do objeto; o outro, o conceitual, a sua ausência.

Ela re-presenta um ser, uma qualidade, à consciência, quer dizer, presente uma vez mais, atualiza esse ser ou essa qualidade, apesar de sua ausência ou até de sua eventual inexistência...Do conceito ela retém o poder de organizar, de unir, de filtrar o que vai ser reintroduzido e reaprendido no domínio sensorial. Da percepção, ela conserva a aptidão para percorrer e registrar o inorganizado, o não –formado, o descontínuo (MOSCOVICI, 1978, p.57-58).

Toda representação tende a tornar familiar o não familiar. Na dinâmica da familiarização, os objetos e eventos são reconhecidos, compreendidos com base em encontros anteriores, em modelos. Aqui a memória predomina sobre a lógica, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo. As representações individuais ou sociais fazem com que o mundo seja o que pensamos que ele é ou deve ser. Mostram-nos que, a todo instante, alguma coisa ausente se lhe adiciona e alguma coisa presente se modifica.

Mas, em que sentido uma representação se torna social? Quando se relaciona com o grupo que a produz. Como se dá essa relação e como se reflete no sujeito social ? Cada universo pode ser visto sob três dimensões, ou seja, a representação social se constrói

sobre dimensões latentes que remetem ao quadro social em que se insere o indivíduo: a) informação, b) atitude ou valoração, c) campo de representação ou imagem. A **informação** mantém relações estreitas com a organização dos conceitos que um grupo possui referente a um objeto social. Ela remete à quantidade e qualidade do conhecimento possuído a respeito deste objeto. Ela pode ser completa ou incompleta, coerente ou incoerente. A **atitude** se apresenta como uma pré-conceituação que é produto de relações (remanejamentos e organizações de experiência do sujeito com objeto). Ela está ligada à história do indivíduo e do grupo e destaca a orientação global em relação ao objeto de representação social: favorável, desfavorável, neutra. Estas duas dimensões acima se estruturam a partir do **campo de representação**, o qual nos remete à idéia de imagem de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado de um aspecto preciso do objeto de representação. A comparação do conteúdo e do grau de coerência destas três dimensões leva-nos a delimitar os grupos em função da representação social.

Observa-se também que a representação também traduz a relação de um grupo com um objeto socialmente valorizado, notadamente pelo número de suas dimensões, mas, sobretudo, na medida em que ela diferencia um grupo de outro, seja por orientação, seja pelo fato de sua presença ou de sua ausência.

Por causa da reciprocidade entre uma coletividade e suas representações, ela a delimita, a define e toda e qualquer maneira de apreendê-la será abstrata e artificial. Assim se concretiza um dos modos que fazem com que as representações tenham seu caráter coletivo. Quando se qualifica de social uma representação, se quer dizer que ela é produzida coletivamente mas, para se poder apreender o sentido do qualificativo social, é preferível enfatizar a função a que ela corresponde do que as circunstâncias e as entidades que reflete. Esta lhe é própria, na medida em que a representação contribui exclusivamente para a formação de condutas e de orientação das comunicações sociais.

Toda representação social recorta e simboliza atos e situações que se tornam ou nos são comuns. Não deve ser vista de um modo passivo, como reflexo na consciência de um objeto ou conjunto de idéias, mas de um modo ativo: como uma reconstrução do dado em um contexto de valores, reações, regras com o qual se torna solidário. A linguagem o traz para o fluxo das associações, investe-o de metáforas, projeta-o no espaço simbólico.

O autor da TRS propõe dois processos que são importantes nesta forma de pensamento em que predominam a memória e as conclusões preestabelecidas: a objetivação e a ancoragem. A **objetivação** se caracteriza pelo fato de que as idéias construídas em contextos específicos são percebidas como algo palpável, concreto e exterior ao sujeito. Tal processo implica dois movimentos: a naturalização do objeto, que é a transformação do conceito em categorias de linguagem e entendimento, e a categorização a partir da qual a representação social se torna um instrumento de ordenamento e classificação do real.

Objetivar é transformar uma abstração em algo quase físico. O rótulo confere uma afiliação e uma posição na matriz cultural de identidades. O anônimo não é passível de ser convertido em uma imagem comunicável. Quando classificamos e rotulamos, estamos também atribuindo um valor positivo ou negativo e uma posição em uma ordem hierárquica. Classificar alguém como neurótico, pobre, subversivo, não é meramente afirmar um fato. Está se fazendo um julgamento que revela uma “teoria” sobre a sociedade e a natureza humana. Uma categoria oferece um modelo, um protótipo que a expressa e fornece uma espécie de retrato – *robot* dos indivíduos que pertencem a ela. Ao categorizar alguém, escolhemos um dentre os protótipos que temos guardados em nossa memória e estabelecemos uma relação positiva ou negativa com ele. Esta descrição ilustra o significado de se dizer que, no mundo das representações, o veredicto tem precedência sobre o julgamento.

A **Ancoragem** se caracteriza pela inserção do objeto numa hierarquia de valores, estabelecendo uma rede de significados em seu derredor. Ancorar é trazer para categorias e imagens conhecidas o que não está ainda classificado e rotulado. *Tudo o que permanece inclassificável e não rotulável parece não – existente, estranho e, assim, ameaçador... Realmente, representação é basicamente um processo de classificação e nomeação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos* (MOSCOVICI, 1978, p.173).

A influência da representação social como modalidade de conhecimento não é linear: Por um lado, as normas e valores sociais são fundamentais na gênese dos sistemas de orientação do sujeito; por outro, eles se combinam com as atitudes e motivações construídas ao longo das experiências pessoais através de uma história. Três processos intervêm nessa relação realidade social – representação social – atividade do sujeito: a **pressão à inferência** que, segundo SOUSA FILHO (1993, p.112-113), é exercida pelos grupos junto aos seus membros, objetivando tomar posição ou elaborar um saber informal a respeito do assunto, pessoa ou objeto importante para que o grupo funcione atingindo suas metas; a **focalização** ou engajamento, que se refere à intensidade das atitudes do sujeito e ao modo pelo qual ele relaciona os dados da realidade dependentes de seus hábitos, de tradições históricas e estratificações de valores; e a **dispersão de informação**, vinculada às condições de acesso e exposição às informações sobre o objeto não somente às informações disponíveis mas as condições objetivas de acesso a elas.

Segundo SOARES (1995, p.114), as representações sociais estão caminhando a passos largos para se tornar uma grande teoria geral dentro das Ciências Sociais, com amplo campo de estudos com metodologias de pesquisas próprias, passando a Ter a função de articulação entre os diferentes sistemas explicativos.

O estudo das representações sociais vem adquirindo cada vez mais naturalidade científica e pertinência no estudo dos problemas psicológicos e sociais principalmente nas questões que envolvem a temática da saúde.

Para MINAYO (1992, p.193), o estudo das representações sociais de saúde/doença abrange aspectos universalmente observáveis e outros particulares a cada sociedade. Tais aspectos se referem à relação indivíduo/sociedade e seu ecossistema. Feito fenômeno social, saúde/doença tem seu esquema interno de explicações partindo de um referencial de seus profissionais – especialistas, mas também compõe um quadro da experiência do dia – a – dia que se expressa através do senso comum. Ambas as modalidades se influenciam de forma dinâmica, embora o saber do primeiro seja dominante.

Pode-se comentar, daí, que as representações sociais já surgiram rompendo certos positivismos epistemológicos e questionando a primazia do individual no social... Tal noção vem ocupando merecido espaço em diferentes setores das Ciências Humanas e Sociais através do grande número de trabalhos publicados, de debates realizados, da amplitude dos sistemas que abordam os vários domínios: científico, cultural, social e institucional, da produção, do meio ambiente, biológico e médico, psicológico e educacional, através de várias metodologias de pesquisa utilizadas.

A TRS pode ser um instrumento valioso no diagnóstico psicossocial e conseqüentemente na intervenção na área da saúde. Primeiro porque permite que se investiguem as cognições e as representações de objetos sociais por parte de grupos sociais para os quais a intervenção está voltada. Segundo, a TRS parece ser útil quando se necessita confrontar diferentes representações em relação ao objeto social. (SCHULZE in SPINK, 1993).

No campo da saúde, podemos constatar quão importante se torna este estudo pois pode-se romper com o positivismo dos modelos médicos e verificar a lógica do pensamento social com referência a assuntos ligados a saúde e doença.

Uma representação social permite, em princípio, compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores”... “Por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira (HERZLICH, 1991, p.28).

SPINK (1993, p.301) complementa o pensamento de Herzlich dizendo que as representações sociais têm um aspecto transdisciplinar por estarem situadas na interface dos fenômenos individual e coletivo, com a vocação de interessar a todas as Ciências Humanas, como a Psicologia, Antropologia, Sociologia, História etc.

Com o avanço do estudo das representações sociais, além de crescer o número de seus seguidores evolui também o número de críticos. As críticas dirigidas aos primeiros estudos sobre as representações sociais foram de três ordens. A primeira veio por parte dos psicossociólogos com respeito ao caráter muito geral e pouco mensurável da representação e de sua articulação com o comportamento individual. Para o autor,

não pode haver ligação mecânica entre uma representação coletiva e uma conduta individual específica... a predição de condutas individuais não é o objetivo dos estudos de representação e sim o de evidenciar o código a partir do qual se elaboram significações ligadas às condutas individuais e coletivas HERZLICH (1991, p.7).

A Segunda ordem de críticas veio dos sociólogos de inspiração marxista. Para alguns desses autores, não seria possível explicar a ação ou o funcionamento de um sistema com base no sentido que a apreensão imediata dos atores individuais lhe atribui de forma espontânea. Para eles, a descrição das atitudes, das opiniões e das aspirações individuais está longe de fornecer o princípio explicativo do funcionamento de uma organização. O autor há pouco citado comenta que se deve ser sensível a tal crítica, mas continua indagando até que ponto ela é aplicável à noção de representação social.

A terceira ordem de críticas é com relação ao trabalho no campo da doença e da relação com o corpo cujo autor diz que o discurso do senso comum “é desprovido de autonomia constituído de materiais fragmentários e heteróclitos, palavras mal entendidas e frases em pedaços, arrancadas do discurso médico” (BOLTANSKI apud HERZLICH, 1991, p.29). O autor se defende esposando o protesto segundo o qual tal comentário é “reducionista e banalizante”.

Porém há que se levar em conta, principalmente, às críticas com relação ao aspecto generalizante como o termo representação social vem sendo usado. SÁ (1993, p.107-113) num trabalho sobre A circunscrição do conceito de representações sociais, nos trouxe uma reflexão sobre o assunto, esclarecendo que o campo de estudo das representações sociais foi criado claramente para redefinir os problemas e os conceitos da Psicologia Social. Continua afirmando que a oposição ao paradigma estadunidense da época era necessária, mas que, agora, urge definir pelo menos o que não é representação social para que não permaneça a imprecisão deste campo tão cortejado por antropólogos, psicólogos, sociólogos etc.

A noção de representação, freqüentemente empregada de modo muito frouxo, tornou-se um tipo de metanoção comum a todas as ciências sociais

designando qualquer conjunto ideativo e podendo aplicar-se incondicionalmente a qualquer objeto ou situação (Herzlich, 1991, p.31).

Diversos autores são citados por terem mostrado consciência deste estado de coisas e preocupação com o destino da TRS em tal espaço problemático.

...se as funções de elaborações dos comportamentos e das comunicações concretas dos indivíduos devam ser tomadas como critérios de circunscrição „compreensiva“ do conceito, não podem ser admitidas representações que não correspondam de algum modo o que é comumente feito e comunicado pelos membros dos grupos que as formam e as mantêm. Dizendo de outra maneira, as práticas sociais devem constituir referenciais objetivos indispensáveis das representações... Não pode ser apenas suposto ou pressuposto, mas deve ser sim detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente, no funcionamento cotidiano dos grupos sociais (SÁ, 1993, P.111).

O autor da TRS justifica, dizendo que para que uma teoria possa perdurar é necessário que ela seja suficientemente elástica e complexa. Todas as críticas são pertinentes em particular as que se referem à abrangência do conceito das representações sociais. As representações sociais têm seus limites como qualquer teoria, e, em sendo recente, ainda precisa ser mais especificada; contudo, a prática das pesquisas pode também contribuir muito para o seu real estabelecimento na medida em que esclarece que existe, na sociedade, uma consciência compartilhada, ou seja certas, expressões representativas e permanentes.

2.3 Trabalhos Científicos na Área da TRS

A partir desses discursos específicos, dessas expressões particulares, o pesquisador tenta apreender a lógica subjacente comum, o código partilhado, portanto mais geral, que se aplica a todas as discussões que é o nível das Representações Sociais (HERZLICH, 1991, p.32). A pesquisa sobre as representações sociais no Brasil já está bem sedimentada com inúmeros trabalhos científicos na área da Psicologia Social. Serão apresentados, em seguida, alguns trabalhos mais específicos sobre o tema em lide.

ARRUDA (1985, p.49-61), fez um trabalho sobre a representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande-Paraíba, com o objetivo de conhecer o universo representacional de mães de família, no que se refere à saúde, a fim de compreender sua conduta com respeito a ela e estabelecer indicadores para a avaliação dos serviços correspondentes. Seus resultados, fruto da análise de entrevistas semi-abertas, configuraram estratégias diversificadas frente à saúde-doença e contradizem os estereótipos sobre a relação dessas mulheres com a saúde, bem como os padrões habituais de avaliação dos serviços mencionados.

SOUSA & TRINDADE (1989, p. 267-279) identificaram as representações sociais das atividades profissionais do psicólogo em segmentos de classe média e baixa na cidade de Vitória, Espírito Santo. Os resultados também indicaram que o modelo clínico serve como elemento básico na produção das representações dos dois segmentos investigados e demonstraram que a maioria dos participantes de classe baixa não possui qualquer representação do objeto investigado por total desconhecimento do que seja o psicólogo.

LEME et. al. (1989, p.29-36) investigaram a representação social da Psicologia e dos psicólogos em alunos que ingressavam num curso de Psicologia em São Paulo e confirmou que a Psicologia é conhecida como Psicologia Clínica.

WEBER (1989, p. 72-90) pesquisou a imagem do psicólogo e da Psicologia de uma amostra da população da cidade de Curitiba, constatando que a profissão de psicólogo é

conhecida pela maioria absoluta dos sujeitos e apresenta uma conotação positiva para a população. A maioria dos sujeitos conhece principalmente a área clínica e indica que a Psicologia é o “estudo da mente”. Mais tarde, em pesquisa longitudinal realizada de 1988 a 1994, procurou encontrar, ao longo da própria formação do psicólogo, os aspectos relevantes que contribuem para esta formação, bem como os negativos que a dificultam. Descobriu que a formação ainda se mantém conservadora e, em certa medida, desatualizada. As escolhas e preferências ainda se mantêm basicamente pela Psicologia clínica e o aluno tem uma visão clínica de forma limitada, sinônimo de consultório particular (WEBER, 1994, p. 71-88).

BOCK (1993, p.280-291) estudou o trabalho dos profissionais de Psicologia e a produção da consciência que o acompanha e lhe dá sentido. Utilizou a TRS como mediadora entre atividade e consciência capaz de possibilitar a captação da consciência dos psicólogos. Sobre a profissão, pôde constatar que é uma profissão importante, mas incapaz de gerar sua importância social, e descobriu que, para os psicólogos, “ser psicólogo” parece ser um profissional da vida, um profissional de ajuda e parece estar mais relacionado ao trabalho que ocorre no consultório.

Através da TRS, diversos autores puderam investigar que o Psicólogo ainda tem sua representação dentro do referencial clínico e que as suas demais áreas de atuação não estão sendo reconhecidas de fato.

Adentrando mais especificamente o tema saúde-doença, SCHULZE (1993,p.266-279) traz um trabalho sobre as representações sociais de pacientes portadores de câncer, que visou a esclarecer sobre os binômios saúde-doença, corpo e morte. O grupo entrevistado foi caracterizado como: não deu respostas claras sobre como se implementa a saúde, não pôde explicar sua doença e não apresentou estratégias de enfrentamento adequadas para aceitar o tratamento e lutar contra a doença.

SOUSA FILHO & HENNING (1992, p.428-441) estudaram as representações sociais da AIDS, práticas sexuais e vida social entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília. Seus resultados mostraram uma crença geral de que todos estão à mercê do vírus e que, apesar de se representarem heterossexuais e homossexuais, em termos de conduta sexual, estes valorizaram mais a família do que a atividade sexual – o que “pode ser um sinal de mudança psicosexual”.

Mais tarde, o estudo sobre AIDS é aprofundado pelo mesmo autor (SOUSA FILHO, 1998, p.215-236), que apresenta dois estudos. O primeiro pretende verificar, comparativamente, práticas sexuais segundo orientação sexual (hetero e homo) , forma de evitar a AIDS, número de parceiros, motivos para não usar camisinha, modos de relacionamento afetivo com relação à autonomia/heteronomia e aspectos importantes para a existência da relação. No segundo, levantou-se, a partir da amostra de mulheres populares, seus conteúdos simbólicos relacionados à identidade sexual, práticas sexuais, métodos para não usar preservativo, tipos de pessoas que conversa sobre AIDS, temas associados livremente à esta DST, estratégias de prevenção e de persuasão para o uso de preservativo. Leciona que é relevante que o psicólogo saber posicionar-se, a fim de que as realidades subjetivas se expressem livremente tais quais se apresentam na vida social em constante movimento. Conclui que “os estudos, apesar de tratarem de pesquisas feitas com instrumentos distintos, indicam algumas continuidades e diferenciações, a serem enfatizadas e discutidas”.

Estudos específicos, como nestes últimos casos, são por demais importantes para se conhecer a população envolvida, principalmente, no caso de doenças graves como o câncer e a AIDS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS:

- Conhecer o universo representacional dos psicólogos que atuam na rede pública do Município de Fortaleza e os de sua clientela no que se refere ao processo saúde – doença, relação psicólogo – paciente e papel da Psicologia, bem como investigar os obstáculos para sua atuação profissional no contexto da saúde pública.
- Contribuir para o desenvolvimento da atuação dos psicólogos na rede pública de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Com relação aos Psicólogos, investigar as suas representações referentes à Saúde, à relação psicólogo - paciente, ao papel do psicólogo no processo saúde/doença e na saúde pública, e os obstáculos para sua atuação profissional neste contexto.
- Com relação à clientela, investigar as suas representações referentes à saúde, ao processo saúde - doença, à relação psicólogo - paciente e à atuação do psicólogo na Saúde Pública.
- Comparar as representações sociais de saúde e Psicologia e da relação psicólogo - cliente nos dois níveis (psicólogos e clientela) com vistas a identificar as fragilidades.
- Propor estratégias de trabalho mais adequadas à realidade institucional e sociocultural dos psicólogos .

4 METODOLOGIA

4.1 Considerações acerca da Metodologia das Representações Sociais

Dentro da premissa básica de como situar o psicólogo no âmbito da Saúde Pública, por se tratar de uma área emergente, outras questões foram surgindo: por ser, a saúde pública, uma área recente na Psicologia, como será que está sendo apreendida pela clientela? Existe demanda para o psicólogo? Quem encaminha para ele? Como está sendo sua atuação? Como o seu cliente o vê na sua prática? Será que o psicólogo atende às necessidades de sua clientela? Os psicólogos foram preparados para atuar na saúde pública? Será que os psicólogos estão seguros de sua atuação? Há dificuldades para os psicólogos que estão na área? Há soluções para estas dificuldades?

Tentando responder a tais indagações foi que se optou por trabalhar com a comparação dos dois grupos: os psicólogos em atuação na área da saúde pública e seus clientes. A idéia de estudar grupos que operam conhecimentos/práticas/emoções/sentimentos de saúde-doença a partir de critérios epistemológicos, culturais e científicos sabidamente diferentes, é bastante fecunda, sobretudo com a abordagem das representações sociais (SOUSA FILHO, 1999, não publicado). De acordo com Moscovici (1978, p.78),

a representação social também traduz a relação de um grupo com um objeto socialmente valorizado, notadamente pelo número de suas dimensões mas, sobretudo, na medida em que ela diferencia um grupo de outro, ou seja por sua orientação, seja pelo fato de sua presença ou ausência.

Como, então, fazer para se investigar a prática da Psicologia na saúde pública e o binômio saúde - doença e a relação profissional – usuário? Apesar dos conceitos de saúde e Psicologia terem um referencial comum, cada indivíduo pode desviar-se dele, interpretando-o de maneira diferente com relação ao número, tipo e abrangência de seus atributos, e ainda variar de acordo com diferentes situações e momentos. A pesquisa envolvendo o estudo de conceitos dentro da óptica da Teoria das Representações Sociais - TRS é uma maneira de se ter uma visão de mundo envolvendo o nível intrapessoal de análise como também o interpessoal e o grupal. Assim a TRS nos dá a possibilidade de fazer um diagnóstico psicossocial de uma realidade atual que precisa ser investigada para, a partir de seu discurso, propor medidas de entendimento entre o profissional e o usuário.

Na pesquisa sobre as representações sociais, visto que ela está comprometida com situações naturais e complexas, é necessário um método qualitativo por proporcionar a descoberta de conteúdos simbólicos. Percebe-se, assim, que a Metodologia Qualitativa não é a alternativa ideológica das abordagens quantitativas mas um aprofundamento de caráter social.

O próprio termo consagra uma imprecisão, uma dificuldade histórica das teorias de se posicionar frente à especificidade do social. Ele supõe uma afirmação da qualidade contra a quantidade, refletindo uma luta teórica entre o positivismo e as correntes compreensivistas em relação à apreensão dos significados (MINAYO, 1992).

Trazendo o debate do “qualitativo” para o lado da Saúde, aparecem questões semelhantes às discutidas em páginas anteriores deste ensaio. Isso se deve ao fato de que a saúde não institui nem uma disciplina, nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. A especificidade deste campo é dada por discussões socioeconômicas,

políticas e ideológicas, que se relacionam diretamente ao conhecimento de saúde e doença e sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços, e a clientela dos sistemas de saúde.

Assim sendo, o campo da saúde tem um caráter peculiar na sua abrangência multidisciplinar e estratégica, e se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados, ligados diretamente ao problema da intervenção. Informa MINAYO (1992, p.13-15) que as categorias que envolvem os conceitos de saúde ou doença trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa forma numérica ou num dado estatístico e, assim, neste sentido, necessita de uma abordagem dialética compreensiva.

A amostragem qualitativa

privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, considera-os em número suficiente para permitir uma reincidência de informações, entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças e esforça-se para que a escolha do local e do grupo de observação e informação contendam o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (Minayo, 1992, p.30).

Segundo SOUSA FILHO (1993, p.113), a tarefa básica de um estudo de representações sociais é levantar elementos isolados ou combinados em “construtos representacionais” produzidos, mantidos e extintos em função de condições sociais específicas vividas por indivíduos e grupos. Desse modo, tais unidades que podem ser de

registro ou de contexto são analisadas segundo os métodos de análise de discurso ou de conteúdo.

Existem alguns procedimentos possíveis para a análise e interpretação de dados numa pesquisa qualitativa, que são: análise de conteúdo, de discurso ou análise dialética, “e cada uma destas modalidades preconiza um tratamento diferenciado para a organização e sistematização dos dados” (GOMES in MINAYO et al. ,1994, p.38).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análises de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto : as comunicações (BARDIN, 1977, p.31).

Tudo o que é dito ou escrito é susceptível a uma análise de conteúdo, mas excluindo do campo de aplicação tudo o que não é propriamente lingüístico, como filmes, representações pictóricas, comportamentais, considerados simbólicos (HENRY & MOSCOVICI apud BARDIN, 1977, p.33).

De uma maneira geral, a análise de conteúdo corresponde aos seguintes objetivos: a ultrapassagem da incerteza na medida que se julga o conteúdo da mensagem e o enriquecimento da leitura com relação ao crescimento da produtividade e à pertinência na leitura atenta . Possui duas funções que, na prática, podem ou não dissociar-se: uma função heurística e uma função de administração da prova. Com referência à primeira, a análise de conteúdo “enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão à descoberta” e, quanto

à segunda função esta tem relação com a confirmação ou não de hipóteses ou pressupostos (BARDIN, 1977, p.29-30).

Para tanto exigem-se a observância de determinadas regras a saber: 1. a homogeneidade da cada categoria, ou seja, que os dados sejam reunidos segundo um mesmo princípio ou aspecto do objeto representacional; 2. a exclusão mútua, isto é, que cada unidade de registro seja correspondente a apenas uma categoria; 3. a pertinência se refere ao grau de relação entre o material simbólico analisado e a os problemas da pesquisa; 4. a objetividade diz respeito à totalidade do material que seja segundo uma mesma definição operacional ou garanta a fidedignidade da análise.

Segundo ainda BARDIN (op. cit.), o fundamento da especificidade da análise de conteúdo reside na articulação entre a superfície dos textos, descrita e analisada, e os fatores que determinaram estas características, deduzidos logicamente. Em outras palavras, o que se procura estabelecer, quando se realiza uma análise conscientemente ou não, é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas.

Realizou-se uma análise de conteúdo nos dados adquiridos das duas populações (psicólogos e clientes), por ser uma técnica largamente utilizada nas pesquisas de representações sociais e também ser um modelo metodológico de larga abrangência que integra as abordagens quantitativas e qualitativas.

Seguindo os passos de SOUSA FILHO (1993, p.114), primeiramente se deve ter pelo menos um objeto de representação em relação ao qual o indivíduo ou o grupo possa interagir. Em segundo lugar, que haja a compreensão do fenômeno em termos de observação, pois ainda não se pode falar em causa e efeito, mas em interação de elementos da realidade a ser estudada. Outra idéia é trabalhar com pequenas amostras de variadas populações para evidenciar processos e produtos sociais. Deve-se também, ao estabelecer o primeiro contato com a realidade a ser estudada, usar formas de expressão da linguagem o

mais próximo possível da realidade natural onde o fenômeno ocorre, facilitando a expressão e a interação entre pesquisador e analisando.

Para tanto, pode-se usar a observação participante ou as entrevistas com roteiros abertos,, contendo temas catalisadores. Uma vez definido o problema a ser estudado e as populações pertinentes, há que se decidir qual aspecto de representação social será investigado para, em seguida, elaborar o instrumento e/ou procedimento de pesquisa. Em termos analíticos as RSs podem ser analisadas como processo de construção ou mutação (SOUSA FILHO,1993, p.115),.

Como as representações sociais são mediadas pela linguagem, a maior parte do material estudado, nesta área, tem sido levantada a partir da fala ou de outros materiais simbólicos como desenhos ou imagens. Escolheu-se, então, a técnica de entrevista , como instrumento de coleta de dados qualitativos, por ser essencial na metodologia das representações sociais permitindo, assim, a emergência de conteúdos sócio - afetivos e simbólicos.

4.2 Procedimentos Metodológicos

4.2.1 Construção e Descrição do Instrumento

Utilizou-se um roteiro para o desenvolvimento da entrevista aberta (Anexos 2 e 3). Tal roteiro foi adaptado do Eliciting Patients explanatory illness models do Dr. Arthur Kleinman (Anthropology Department, Harvard University). Procurou-se traduzir o mais fielmente possível todas as questões e se acrescentou mais algumas indagações acerca do conceito de saúde e sobre a ação do psicólogo na saúde. Entrevistou-se, informalmente, um cliente e um psicólogo em atuação na saúde pública, com a finalidade de adequação das perguntas mas tal sondagem não se pretendeu representativa.

O roteiro de entrevista para a clientela procurou abarcar questões relativas aos temas divididos a seguir: 1. Saúde-doença, 2. Relação psicólogo-paciente, 3. Prevenção; 4. Conceito de Saúde e 5. Ação da Psicologia na Saúde. Nota-se que o roteiro dos

profissionais está semelhante ao da clientela até a questão que envolve o conceito de saúde. A partir daí, acrescentou-se questões referentes à atuação e formação na área porque tentou-se arrecadar mais dados sobre a prática do profissional entrevistado.

4.2.2 Universo da amostra

Partiu-se de um estudo feito pela Comissão de Saúde do Conselho Regional de Psicologia - 11ª Região que teve como finalidade conhecer o perfil do psicólogo na área da saúde pública no Estado do Ceará, a fim de poder traçar diretrizes mais adequadas à realidade deste profissional. Foi feito um levantamento dos psicólogos atuantes na área. A metodologia utilizada foi quantitativa e partiu de um recadastramento nacional, feito nos anos de 1996-1997. Utilizou-se um questionário simplificado, contendo dados pessoais, formação profissional e dados profissionais.

Os dados foram analisados no *software EPI-info* e os principais resultados encontrados foram:

De **Dados Pessoais**, temos que 89,7% são do sexo feminino; a Idade média é de 36 anos (52,5% têm idade entre 30 e 40 anos) e a maioria da categoria é casada (55,8%), ficando, em segundo lugar, os solteiros (32,5%).

Em termos de **Formação profissional**, 54,5% concluíram curso de Psicologia na UFC e 22,1% na Unifor. O ano de conclusão variou entre 1983 e 1992 ficando a maior frequência no ano de 1990 (16,7%). 47,4% possuem diploma de Especialização e 6,5% portam o grau de Mestrado.

No que se refere aos **Dados profissionais**, 70,3% possuem apenas uma atividade na área contra 29,7% que também têm outro tipo de atividade predominantemente em consultório particular (65,5%). Desta primeira atividade, 36,8% são em hospitais, 32,9% em unidade básica de saúde, 19,7% em ambulatório de saúde mental e 2,6% em outros setores. A instituição que contrata o psicólogo é, na maioria, de natureza estadual (36,1%), seguida de Municipal (27,7%), Federal (15,7%) e Particular (14,5%) e o vínculo

empregatício maior é estatutário (43,4%), 28,9% são de CLT contra 24,7% autônomos. Em termos de atendimento, o nível de atuação vigente é o terciário (42,1%) seguido do secundário (34,2%) e, por último, o primário (14,5%). A remuneração varia entre 1,5 a 4,9 salários e 5 a 10 salários mínimos numa jornada semanal de 20 horas (53%), 36 horas (19,3%), 40 horas (14,5%) e menos de 20 horas (13,2%).

Chegou-se à conclusão de que a inserção da Psicologia na saúde pública no Ceará já é uma realidade, mas faltam intervenções preventivas no que concerne a atenção primária e melhor remuneração para a categoria. Os resultados deram condições para atuar com maior objetividade dentro da Comissão de Saúde e suscitaram questões para pesquisas qualitativas como é o caso desta dissertação.

4.2.3 Delimitação e descrição da Amostra dos psicólogos

A partir desta relação dos psicólogos em exercício efetivo nas instituições de saúde pública com o nome de 83 (oitenta e três) profissionais da Psicologia que atuavam no Estado do Ceará, na área, separamos os da Capital dos profissionais dos demais municípios, perfazendo um total de 60 (sessenta) visto que o propósito da pesquisadora era considerar os psicólogos que atuavam em Fortaleza. Estes foram, novamente, separados em duas listas, privilegiando o tipo de instituição x tipo de atendimento, ou seja, a primeira lista conteve os psicólogos que estavam em hospitais (Geral ou de Saúde Mental) e a segunda, os que trabalhavam em unidade básica de saúde, ambulatório de saúde mental ou similar e pronto socorros. A divisão foi feita satisfazendo duas exigências: a primeira, para abarcar os setores de atuação envolvidos na área de saúde segundo o Cadastro do Conselho Federal de Psicologia. Na segunda exigência, tentou-se privilegiar a divisão: pacientes internos e externos, em razão da diferença na forma do atendimento.

Com a amostra preparada para o sorteio, este se realizou como será relatado a seguir: Na primeira relação, a de psicólogos que atuavam em unidades básicas de saúde

constavam os nomes de 30 (trinta) psicólogos. Então numerou-se tal lista e sorteou-se pela numeração cinco nomes. Na segunda relação (psicólogos dos hospitais), procedeu-se do mesmo modo como na primeira verificando-se que também havia 30 (trinta) psicólogos neste campo específico. A partir daí, verificou-se se tais psicólogos eram maiores de 25 (vinte e cinco) anos e se possuíam experiência profissional acima de 3 (três) anos para ter mais garantia de sua escolha quanto à área de atuação.

Com os nomes dos 10 psicólogos para a nossa amostra, e considerando-o suficiente para a recorrência das categorias do material a ser coletado, procedeu-se ao recrutamento, feito através de telefonemas, com esclarecimento dos objetivos da pesquisa, clarificação da sua vinculação com a Universidade Federal do Ceará e escolha de um local adequado, sendo sugerido o seu local de trabalho. Neste ínterim, constatou-se que, dos dez psicólogos sorteados, dois não estavam mais atuando nos locais indicados; assim, resolveu-se escolher o próximo subsequente da relação dos psicólogos e assim procedeu-se até encontrar um sujeito que estivesse atuando no local indicado pela lista obtida no Conselho de Psicologia. Vale ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora.

A amostra dos psicólogos constou das seguintes características:

IDADE / SEXO / ESTADO CIVIL	Feminino	Masculino	Solteiro	Casado
26-36 anos	5	0	2	3
37-47 anos	4	1	0	5
TOTAL	9	1	2	8

GRADUAÇÃO	UFC	UNIFOR	OUTRAS UNIV.	TOTAL
1978 - 1981	1	0	1	2
1982 - 1985	2	0	0	2
1986 - 1989	1	0	0	1
1990 - 1994	4	1	0	5
TOTAL	8	1	1	10

Coincidentemente, houve uma equiparação de idade dos psicólogos em dois intervalos etários 26 a 36 e 37 a 47 anos. Como era de se esperar, não houve uma igualdade no sexo porque o universo pesquisado era, na sua maioria feminino (89%,

aproximadamente), e nessa igualdade não se pode cogitar. A maioria entrevistada era casada, e, relativamente à formação profissional, pode-se comentar que a maior parte dos psicólogos proveio da Universidade Federal do Ceará e se graduou entre os anos de 1990 a 1994.

4.2.4 Delimitação e Descrição da Amostra dos clientes

Com relação à clientela dos diversos setores de atuação dos psicólogos, a amostra constou de 20 (vinte) sujeitos, dois clientes de cada psicólogo entrevistado. O recrutamento foi feito de modo pessoal, por indicação do próprio psicólogo, na sala de espera da instituição na qual era atendido ou na própria sala de atendimento, com esclarecimento dos objetivos da pesquisa, esclarecimento da sua vinculação com a Universidade Federal do Ceará.

Veremos, a seguir, as principais características da amostra da clientela:

IDADE / SEXO / ESTADO CIVIL	Feminino	Masculino	Solteiro	Casado	Desquitado
16 - 26 anos	6	3	6	3	0
27 - 36 anos	1	2	1	1	1
37 - 46 anos	3	1	1	2	1
47 a 56 anos	4	0	1	1	2
TOTAL	14	6	9	7	4

Local Nascimento	FORTALEZA	OUTROS MUNICÍPIOS DO CEARÁ	SÃO PAULO	PARANÁ	TOTAL
Interno (Enfermaria)	6	0	0	0	6
Externo (Ambulatório)	11	1	1	1	14

TOTAL	17	1	1	1	20
--------------	----	---	---	---	----

Local Atendimento Patologia	Hospital geral interno	Hospital geral (Ambulatório)	Hospital saúde mental (Ambulatório)	Unidade básica de saúde	TOTAL
Depressão			2	1	3
Distúrbio de Comportamento		1		2	3
Hipertensão				2	2
Problemas pós natais (prematuridade , hipertensão)	4				4
Problemas cardiológicos	2				2
Problemas oncológicos				2	2
DST AIDS		2			2
Outros (obesidade, dislexia)		1		1	2
TOTAL	6	4	2	8	20

Na amostra pesquisada, percebeu-se que os clientes têm idade, na sua maioria, na faixa de 16 a 26 anos ou acima de 37 anos. Com relação ao Sexo também predominou o feminino, e quanto ao Estado civil, tivemos mais clientes solteiros, depois casados mas também alguns desquitados. A maioria dos clientes provém de Fortaleza e estava sendo atendidos, mesmo em hospital, como paciente externo, ou seja, de modo ambulatorial. As patologias de base foram variadas predominando a hipertensão arterial primária ou secundária, quando proveniente de gravidez.

4.2.5 Tratamento dos dados

Os dados tiveram tratamento qualitativo por meio do método de análise de conteúdo. O procedimento utilizado foi a análise temática. Fazer análise temática consiste em descobrir os núcleos do sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique alguma coisa para o objeto analítico visado. Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Após as transcrições das entrevistas, foi feita uma pré - análise com leitura flutuante de todo o material colhido. Partiu-se, depois, para uma leitura exaustiva de cada entrevista

com constituição do *Corpus* do trabalho. Como a investigação da pesquisa envolveu duas amostras distintas, ou seja, os psicólogos e sua clientela, privilegiou-se na análise as entrevistas da clientela porque foi a partir destas, que ocorreram as entrevistas com os profissionais da Psicologia.

Em cada entrevista foram destacadas as respostas de cada questão abordada e foi feita uma exploração do material. A categorização ou codificação das respostas se deu por denotação de significado para o objeto analítico visado.

Exemplifica-se, a seguir, tal procedimento:

Exemplo 1: entrevistador: “Fale-me sobre o que lhe trouxe até aqui. O que aconteceu com você?”

Resposta do Cliente: “Eu tava com **pressão** muito **alta**; aí vim para cá, passaram eu prá ela! É tanto **abalo** lá **em casa**, tantos problemas...”

As unidades de registro desta resposta são: “pressão alta” e “abalo em casa” que, por sua vez, foram relacionadas e classificadas juntamente com outras respostas semelhantes para compor uma ou mais categoria empírica. No exemplo citado, as unidades de registro se agruparam em torno de duas categorias: “problema orgânico” e “problema na família”, sendo que a unidade “pressão alta” está integrada à primeira categoria e “abalo lá em casa” à segunda categoria.

Exemplo 2: entrevistador: “O que é saúde para você?”

Resposta do cliente: “Acho que saúde seja a pessoa ter **sossego**, ficar **tranqüila**, **despreocupada** sem aqueles problemas...” (categoria: sossego, paz, tranqüilidade)

Resposta do psicólogo: “Eu vejo a questão da saúde muito relacionada a um **bem-estar** geral”

(categoria: bem-estar)

Exemplo 3: entrevistador: “Descreva para mim a parte do seu corpo que está doente”

Resposta do cliente: “Eu sou nervosa e qualquer coisa eu fico desesperada! É o **corpo todo** que eu sinto nervoso” (categoria: corpo todo)

Exemplo 4: entrevistador: “como você se vê enquanto Psicólogo com relação à saúde?”

Resposta do psicólogo: “Eu acho **fundamental a atuação** do psicólogo na saúde!” (categoria: atuação fundamental). Depois das unidades de registro estarem agrupadas em categorias, foram contadas suas ocorrências e computadas as frequências. Vale ressaltar que um entrevistando pode ter tido mais de uma resposta em categorias diversas, sendo que, na mesma categoria, somente se computou um registro.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Descrição dos resultados

Antes da análise propriamente dita, torna-se mister apresentar a rede de significados (categorias) encontradas nas questões. Foram, ao todo, sete temas divididos em processo saúde – doença, prevenção, relação psicólogo – paciente, conceito de saúde, ação da psicologia na saúde, atuação na área da saúde e formação na área da saúde. Para cada questão, deu-se um nome apropriado e condensou-se as respostas em categorias, de acordo com os princípios de BARDIN (1977, p.97-98), que são a homogeneidade, a exclusão mútua, a pertinência e a objetividade.

PROCESSO SAÚDE DOENÇA	MOTIVO DA CONSULTA	1. Problema na família
	(O que o trouxe ?)	2. Problemas orgânicos (dor no peito, pressão alta, menopausa, soropositividade)
		3. Problemas comportamentais/ emocionais (depressão, nervosismo, irritação, agressividade, ansiedade, carência, recalque)
		4. Interesse / Curiosidade pela área
		5. Outros (dislexia, gordura)
	ENCAMINHAMENTO	1. Médico
	(Quem o encaminhou?)	2. Iniciativa própria do paciente
		3. Psicólogo
		4. Amigos/Família
	ETIOLOGIA	1. Causa na família
	(Por que você adoeceu?)	2. Causa no corpo
		3. Causa pessoal / emocional
		4. Causa de ciclo vital (idade, 1º filho)
		5. Fatalidade
		6. Não respondeu
	LOCALIZAÇÃO DA	1. Cabeça
	DOENÇA	2. Corpo todo
	(Qual parte está doente?)	3. Partes do corpo (coração, leucócitos, estômago, costelas, peito)
		4. Não sabe
		5. Não respondeu
GRAVIDADE DA	1. Sim	
DOENÇA	2. Não	

PROCESSO**SAÚDE****DOENÇA**

(continuação)

(É grave?)	3. Não sabe
	4. Desvios do assunto
	5. Não respondeu
QUEM PROCURA?	1. Sim, Padre
(Procurou outras pessoas ?)	2. Sim, Médico
	3. Sim, Pai-de-santo/ Rezadeira
	4. Sim, Amigos
	5. Não
	6. Não sabe
	7. Não respondeu
TRATAMENTO	1. Sim, trat. psicológico
ANTERIOR	2. Sim, tratamento médico/ psiquiátrico
(Fez outro tratamento ?)	3. Sim, tratamento espiritual
	4. Sim, Outro tratamento (fono, TO, comedores compulsivos)
	5. Não / não sabe
	6. Não respondeu
	1. Nenhuma
	2. Apatia
COMPLICAÇÕES	3. Perdas (namoro, vida ativa)
(Teve complicações ?)	4. Problemas corporais (Doença / dores / mal-estar / sexualidade)
	5. Problemas comportamentais
	6. Problemas na família
	7. Problemas no estudo / coordenar idéias
	8. Não respondeu
VIDA ANTERIOR À	1. Normal/ Sadia / Vida boa
DOENÇA	2. Bom profissional / ativo
(Como era antes da doença)?	3. Submissa / nervosa
	4. Não respondeu
	5. Sempre foi assim (desde a infância)
	6. Constrangida por ser gorda
RELACIONA A DOENÇA	1. Sim, família
COM ALGUÉM?	2. Sim, amigos
(Sua doença tem relação c/ a família ou com amigos?)	3. Não
	4. Desvios de assunto
	4. Não sabe
	6. Não respondeu
	1. Procurar tratamento / auto exame
(O que você acha que pode fazer para evitar que a doença ocorra novamente?)	2. Minimizar a ansiedade / evitar estresse
	3. Dar apoio familiar
	4. Desenvolver enfrentamento / potencial
	5. Seguir prescrição (dieta, não fazer esforço)
	6. Informação sobre o assunto
	7. Nada a fazer

PREVENÇÃO

		8. Desvio do assunto
		9. Não foi perguntado.
		10. Não respondeu
RELAÇÃO PSICÓLOGO PACIENTE	ALIANÇA TERAPÊUTICA	1. Sim
	Você já falou isso com o	2. Não
	Psicólogo?	3. Não respondeu
	INTERVENÇÃO	1. Exercícios físicos/ relaxamento
	TERAPÊUTICA	2. Ocupar-se com trabalho / produzir
	O que ele/ você mandou	3. Trabalho psicológico (auto-estima, catarse, escuta , aconselhamento para reagir ,ter calma ,ter paciência, ter força.)
	Você fazer?	4. Distrair / lazer
		5. Desvio do assunto
		6. Não mandou
		7. Não respondeu
RELAÇÃO PSICÓLOGO PACIENTE (continuação)	MELHORA	1. Sim
	Teve melhora?	2. Não
		3. Não respondeu
	SUGESTÕES	1. Usar técnicas de relaxamento
	O que psicólogo podia fazer	2. Usar Visualização criativa
	mais?	3. Dar apoio, diálogo, orientação, confiança
		4. Massagem terapêutica
		5. Trabalho de grupo/dinâmicas/ oficinas
		6. Não há perspectiva
		7. Favorecer a aliança terapêutica (Ter paciência com o pr. / deixá-lo chorar, procurar a confiança do pr.)
	8. Nada Mais (já faz , tá bom, caminho certo)	
	9. Não sabe	
	10. Não respondeu	
CONCEITO DE SAÚDE:		1. Equilíbrio / mente sadia
		2. Bem estar geral
	O que é Saúde?	3. Buscar viver melhor / necessidades satisfeitas
		4. Sossego/ paz/ tranqüilidade
		5. Ausência de ocorrência (sem doença, dor, sem problema)
		6. Aceitar-se
		7. Ter dinheiro
		8.É tudo/ é vida, / coisa boa
		9. Topar qualquer coisa/ superar / enfrentar
	Para que serve o psicólogo?	1. Ajuda/ apoio /grande amigo

AÇÃO DA PSICOLOGIA NA SAÚDE	na Saúde? (para o cliente)	2. Conversar, acalmar, dar conselho, orientar
		3. Trabalhar a mente
		4. Instrumento
	Como você se vê enquanto	1. Atuação fundamental
	psicólogo na saúde?	2. Tá faltando muita coisa O psicólogo tem que entender do físico!
		3. Contribuiu para ampliar o conceito de saúde
		4. Agente multiplicador
		5. Angustia
		6. Desenvolver potencialidades
		7. Mudança na vida pessoal
	HOUVE MUDANÇA?	1. Sim
	(Foi sempre assim?)	2. Não
	3. Não respondeu	
ATUAÇÃO NA ÁREA :		
	CAUSA DA ESCOLHA	1. Veio transferida de outro serviço
	(Por que você escolheu a	2. Foi contratada
	área da saúde)	3. Identificou-se com o trabalho
	4. Prestou concurso	
	DIFICULDADES	1. Sim, Espaço físico
	Encontra dificuldade? Qual?	2. Sim, Reconhecimento da profissão
		3. Sim, Trabalhar em equipe
		4. Sim, não trabalhava em hospital
		5. Sim, Conquistas lentas
		6. Sim, Questão salarial
		7. Sim, Trabalhar com clientela de baixa renda com problemas sociais
		8. Sim, Limitação institucional
FORMAÇÃO NA ÁREA		
	EXPERIÊNCIA ANTERIOR	
	(Vivenciou experiências anteriormente?)	1. Não
		1. Experiências anteriores/estágio
	FORMAÇÃO	2. Aprender trabalhar em equipe
	(Qual a formação necessária?)	3. Disciplinas aplicativas da área (psicologia hospitalar-4, Saúde pública, prevenção/epidemiologia, 4, cardiologia-2, nefrologia, oncologia, tanatologia)
		4. Psicologia institucional
		5. Psicoterapia breve-focal / atendimento mais objetivo
	6. Saúde em geral	
	7. Ter determinadas características pessoais (gostar de doente, não ficar entre 4 paredes, fazer tratamento psicoterápico)	

5.2 Análise e discussão dos resultados

Partindo dos pressupostos de que a TRS lida com um marco conceitual que envolve tanto o nível interpessoal de análise quanto o interpessoal e o grupal, serão iniciadas a análise e a discussão dos resultados pela temática específica de cada amostra para depois se adentrar à comparação das representações sociais dos dois grupos em questão. Apresentar-se-á a tabela dos resultados gerais para que fique mais fácil a visualização das frequências. Há questões que obtiveram mais de uma resposta; elas estão com esta observação para que se entenda a diferença nas frequências.

Vale esclarecer que, no caso dos psicólogos, foram contadas em dobro as respostas que se referiam a cada um de seus clientes. Portanto, nas questões do tema 1, 2 e 3, a contagem foi dupla, ou seja, frequência vinte e, nos demais temas (4,5,6 e 7) a frequência foi individual (dez).

QUESTÕES	CATEGORIAS	Clientes (20)	Psicólogos (10)
PROCESSO SAÚDE DOENÇA			
MOTIVO DA CONSULTA (mais de uma resposta)	1. Problema na família	3	3
	2. Problemas orgânicos	11	9
	3. Problemas comportamentais / emocionais	5	10
	4. Interesse / Curiosidade pela área	1	2
	5. Outros (dislexia, gordura)	2	2
ENCAMINHAMENTO	1. Médico	7	6
	2. Iniciativa própria do paciente	4	5
	3. Psicólogo	5	5
	4. Amigos/Família	4	2
ETIOLOGIA (mais de uma resposta)	1. Causa na família	9	5
	2. Causa no corpo	3	5
	3. Causa pessoal /emocional	7	9
	4. Causas de ciclo vital (idade, 1º filho)	2	2
	5. Fatalidade	1	0
	6. Não respondeu	1	2
LOCALIZAÇÃO DA DOENÇA	1. Cabeça	7	1
	2. Corpo todo	5	1
	3. Partes do corpo (coração, leucócitos, estômago, costelas, peito)	6	0
	4. Não sabe	2	0
	5. Não respondeu	2	18
GRAVIDADE DA DOENÇA	1. Sim	8	1
	2. Não	4	9
	3. Não sabe	1	0

	4. Desvio do assunto	0	2
	4. Não respondeu	5	8
QUEM PROCURA ? (mais de uma resposta)	1. Sim, Padre	3	1
	2. Sim, Médico	7	3
	3. Sim, Pai-de-santo/ Rezadeira	3	1
	4. Sim, Amigos	4	0
	5. Não	3	3
	6. Não sabe	0	3
	7. Não respondeu	2	9
TRATAMENTO ANTERIOR	1. Sim, trat. psicológico	2	3
	2. Sim, tratamento médico/ psiquiátrico	5	6
	3. Sim, tratamento espiritual	2	0
	4. Sim, Outro tratamento	2	3
	5. Não / não sabe	9	4
	6. Não respondeu	0	3
COMPLICAÇÕES (mais de uma resposta)	1. Nenhuma	3	1
	2. Sempre teve	1	0
	4. Perdas	4	1
	5. Problemas corporais	4	1
	6. Problemas comportamentais	1	2
	7. Problemas na família	4	2
	8. Problemas no estudo / coordenação de idéias	2	1
	9. Não respondeu	5	7
	VIDA ANTERIOR À DOENÇA	1. Normal/ Sadia / Vida boa	5
2. Bom profissional / ativo/ boa pessoa		7	1
3. Submissa / nervosa		2	0
4. Sempre foi assim		2	1
5. Não respondeu		3	15
RELACIONA A DOENÇA COM ALGUÉM ?	1. Sim, família	13	6
	2. Sim, amigos	1	1
	3. Não	4	2
	4. Desvio do assunto	0	1
	5. Não sabe	0	0
	6. Não respondeu	2	8
PREVENÇÃO			
PREVENÇÃO (mais de uma resposta)	1. Procurar tratamento / auto-exame	2	1
	2. Minimizar ansiedade/evitar estresse	1	2
	3. Apoio familiar	0	1
	4. Desenvolver enfrentamento / potencialidades	1	2
	5. Seguir prescrição	2	0
	6. Informação sobre o assunto	1	0
	7. Nada a fazer	1	0
	8. Desvio do assunto	1	1
	9. Não perguntei	5	4
	10. Não respondeu	4	7
RELAÇÃO PSIC - PACIENTE			
ALIANÇA TERAPÊUTICA	1. Sim	9	
	2. Não	8	

	3. Não respondeu	3	
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA (mais de uma resposta)	1. Exercícios físicos/ relaxamento	3	1
	2. Ocupar-se com trabalho / produzir	2	2
	3. Trabalho psicológico (auto-estima, aconselhamento, catarse, escuta)	7	10
	4. Distrair / lazer	1	0
	5. Desvio do assunto	3	1
	6. Não mandou	2	0
	7. Não respondeu	4	3
MELHORA	1. Sim	11	9
	2. Não	1	0
	3. Não respondeu	8	11
SUGESTÕES	1. Usar técnicas de relaxamento	0	1
	2. Usar Visualização criativa	1	1
	3. Dar apoio, diálogo, orientação	4	1
	4. Massagem terapêutica	0	1
	5. Trabalho de grupo/dinâmicas	4	2
	6. Não há perspectiva	0	1
	7. Favorecer aliança terapêutica	5	0
	8. Nada Mais (já faz , tá bom, caminho certo)	2	1
	9. Não sabe	2	0
	10. Não respondeu	5	4
CONCEITO DE SAÚDE			
CONCEITO DE SAÚDE (mais de uma resposta)	1. Equilíbrio / mente sadia	2	3
	2. Bem-estar geral	7	5
	3. Buscar viver melhor/ Ter necessidades satisfeitas	2	3
	4. Sossego/ paz/ tranquilidade	4	0
	5. Ausência de ocorrência	6	0
	6 Ter dinheiro	2	0
	7. É tudo/ é vida / coisa boa	3	0
	8. Topar qualquer coisa/ superar / enfrentar	3	1
AÇÃO DA PSICOLOGIA NA SAÚDE			
AÇÃO DA PSICOLOGIA PARA OS CLIENTES	1. Ajuda/ apoio /grande amigo	7	
	2. Conversar, acalmar, dar conselho, orientar	11	
	3. Trabalhar a mente	2	
	4. Instrumento	1	
AÇÃO DA PSICOLOGIA PARA OS PSICÓLOGOS (mais de uma resposta)	1. Atuação fundamental		1
	2. Tá faltando muita coisa, o psicólogo tem que entender do físico!		2
	3. Contribuiu para ampliar o conceito de saúde		1
	4. Agente multiplicador		1
	5. Angustia		1
	6. Desenvolver potencialidades		1
	7. Mudança na vida pessoal		2
HOVE MUDANÇA NA VISÃO ?	1. Sim		2
	2. Não		7
	3. Não respondeu		1
ATUAÇÃO NA ÁREA			
ESCOLHA DA ÁREA	1. Veio transferida de outro serviço		6
	2. Foi contratada		2

(mais de uma resposta)	3. Identificou-se como trabalho		2	
	4. Prestou concurso		1	
DIFICULDADES	1. Sim, Espaço físico		2	
	2. Sim, Reconhecimento da profissão		5	
	3. Sim, Trabalhar em equipe		3	
	4. Sim, não trabalhava em hospital		1	
	5. Sim, Conquistas lentas		1	
	6. Sim, Questão salarial		1	
	(mais de uma resposta)	7. Sim, Trabalhar com clientela de baixa renda com problemas sociais		1
		8. Muita demanda para pouco psicólogo		1
		9. Sim, Limitação institucional		4
FORMAÇÃO NA ÁREA				
EXPERIÊNCIAS ANTERIORES	1. Não		10	
FORMAÇÃO NECESSÁRIA	1. Experiências anteriores/estágio		6	
	2. Aprender trabalhar em equipe			
	3. Disciplinas aplicativas da área		13	
	4. Psicologia institucional		2	
	5. Psicoterapia breve-focal / atendimento mais objetivo		2	
	(mais de uma resposta)	6. Saúde em geral		4
		7. Ter determinadas características pessoais (gostar de doente, não ficar entre 4 paredes, fazer tratamento psicoterápico)		2

AMOSTRA 1 : CLIENTELA

Tema 1: Processo Saúde Doença

De acordo com a frequência da amostra investigada, 50% dos clientes chegam até os profissionais de Psicologia com queixas de *problemas orgânicos* (pressão alta, dor no peito, menopausa, perda de voz, câncer) mas os *problemas comportamentais* (depressão, nervosismo, irritação, angústia) e os *problemas familiares*(22% e 13%, respectivamente) também têm valência para a procura dos psicólogos: “Eu me sentia muito irritado com minha mãe”; “É tanto abalo lá em casa”; “Eu estava me sentindo muito angustiado por conta da separação”.

Em termos de procura por *interesse/curiosidade* na área, só houve 4% de resposta e pode-se inferir daí que já existe uma certa representação social acerca da atividade do psicólogo “Eu vim para cá porque eu sempre tive vontade de conhecer essa área e vim com expectativa de me conhecer mais e de saber como administrar os problemas”.

Com referência à etiologia da doença, segundo os clientes, existe maior representação nas *Causas Familiares* (39%) “é tanta coisa, é tanto problema, desajuste do filho com a filha, aconteceu tudo comigo e aí eu fiquei doente” e nas *Causas Pessoais* (30%) que citam como estresse, recalque, nervosismo, solidão, revolta, medo: “Desde que meu morreu, eu me sentia muito só”; “passei por cima de algumas coisas que estavam prejudicando minha saúde”. Também se encontra 13 % de respostas por *Causas Corporais* “não sei se foi uma pancada que meu marido me deu e lascou a minha cabeça, sofri demais”. Segundo os exemplos citados, percebe-se que estas causas pessoais e corporais também têm relação com a sua família e imagina-se daí que o cliente sempre se insere no contexto familiar. Apareceram também outras etiologias diferentes como, “é por causa da idade, eu era muito nova”, “é porque é primeiro filho”; estas dizem respeito ao ciclo vital (8%) e etiologia fatalística (4%), em “Eu acho que aconteceu foi um acaso”. Verificam-se, aqui, representações de ciclo vital e de fatalidade.

Quanto às queixas corporais ou comportamentais provenientes de causas de vida pessoal sempre no contexto familiar, HERZLICH (1986, p. 350) discorre a respeito, dizendo que sendo a representação de doença enraizada na realidade social e histórica, a doença pode significar a resposta do indivíduo à ordem social .

GIANNOTTI (1996, p.26) também confirma tal resultado, quando diz que o paciente traz, com sua doença, não somente sua realidade pessoal mas sua realidade social, institucional e, ainda, a realidade do grupo social mais próximo a ele: a família. No nosso caso, 65% da clientela relaciona sua doença com alguém da família, fato que confirma que a família é “responsável” pela etiologia da doença.

Tais clientes são encaminhados de vários segmentos da sociedade: *médico*(35%), , *psicólogo* (25%), *família* (20%), *amigos*(20%) e *iniciativa própria*(20%) tendo a classe médica a maior frequência. A demanda por iniciativa própria confirma a representação social formada acerca das atividades do psicólogo por parte da clientela.

Quando se especifica a localização da doença, as respostas tornam-se diversificadas: “O problema é na cabeça”; “começou a aparecer vários sintomas, palpitações, dores de cabeça” ; “É o corpo todo que eu sinto nervoso”; “nenhuma parte”; “a cabeça, a mente”. 59% dos clientes representam a doença em locais específicos como na cabeça, estômago, no coração, nas costelas, no peito etc enquanto 22% a representam no corpo todo. No que se refere ao fato de localizar a doença em partes do corpo, pode-se vislumbrar que a cabeça teve 31% de representação o que se pode relacionar com os problemas emocionais/mentais.

BARRETO (1992, p.12) nos traz uma análise antropológica, enfatizando que se trata de um meio simbólico da comunidade representar uma luta contra a desigualdade social . Existiu, em Canindé, um estudo em Medicina Comunitária que catalogou mais de 200 mil ex-votos de peregrinos que iam àquele Santuário em busca da saúde de seu corpo ameaçado pela doença e pelo desgaste de vida.

A Casa dos milagres é um grande depósito de corpos chagados, mutilados, agredidos e sofridos pela dureza da vida. Em cada ex-voto, a expressão forte do sentimento e da dor, que transcende o individual para ser uma forma clara de denúncia das condições de vida do povo. Para ser o clamor surdo mas contundente da pobreza e da miséria no nordestino. A casa dos milagres relembra uma espécie de cemitério, onde são jogados corpos dilacerados de homens e mulheres que sobrevivem a uma guerra injusta, desigual, crônica, esquecida pelas Instituições e pelos poderosos

Quanto à gravidade da doença, há 40% de respostas afirmativas e 20% negativas: “Até que eu não me encuquei, não”; “Eu tou confiando em mim que não passe um tempão para eu melhorar”; “É séria”; “Eu acho que vai ser rápido e já está sendo”. Outros clientes

não responderam esta questão ou disseram que não sabiam (30%). Do ponto de vista psicológico isto pode representar a negação da gravidade da doença; pode-se citar, como exemplo, o caso dos pacientes com doenças terminais (Câncer e AIDS), que responderam que a doença não era grave.

Tal resultado nos reporta à teoria do enfrentamento, cuja noção corresponde à ação ou aos comportamentos que as pessoas apresentam para lidar com situações difíceis e estressantes . A maioria dos teóricos entende que o enfrentamento como inseparável do estresse e experienciado pela pessoa tanto no seu contexto de vida, ou seja, demanda externa, quanto dos estados emocionais relacionados à sua vida emocional, demandas internas (GIMENEZ, 1997, p.112-147). Uma das tentativas mais conhecidas de compreender o enfrentamento como etapas é de KUBLER-ROSS (apud KOVACS, 1992, p.192), que propõe explicações de como as pessoas lidam com sua perspectiva de morte iminente. Podemos extrapolar tal conceito para a doença em si, que também pode significar uma espécie de morte no sentido de parada obrigatória de vida ou, como se verá mais adiante como “ruptura de vida”.

Com relação à procura de outras pessoas antes do atual tratamento, constatou-se que (31%) dos clientes procuram o *médico* para ser tratado mas não somente ele como também *amigos(18%), padres(13%), pais-de-santo e rezadeiras(13%)*: “já fui a todos os médicos, todo rezador, todo macumbeiro, todo mundo, tudo que é de remédio que me passaram, eu já tomei”; “Eu procurei um médico lá...” “Andei em vários médicos e os médicos me jogavam pro lado, pro outro, aí eu tava numa fila do INPS e uma mulher me chamou e disse que tinha uma rezadeira muito boa...” Isso quer dizer que o lado espiritual representa também alto valor no tratamento da doença. Grande parte da clientela estava em acompanhamento médico ou psiquiátrico e foi encaminhada para o psicólogo. Outro fato também é que a maioria dos clientes não tinha feito tratamento psicológico anterior, pois estavam tendo um primeiro contato com o profissional de psicologia naquele tratamento.

A clientela percorreu o que ARRUDA (1985, p.49-61) chama de circuito informal, quando procurou outras opções para tratar sua doença. Cada cultura exprime, portanto, as suas definições para a saúde e a doença e procura soluções diversas para seu tratamento.

ALVES (1993, p. 266-271), considerando o tema “experiência da enfermidade” para se referir às respostas de indivíduos e grupos sobre a doença, traz uma reflexão apropriada de estudos antropológicos sobre o tema. Informa que há dois grandes modelos interpretativos para se analisar dois fenômenos que se diferenciam pela ênfase dada à determinação social ou a estruturas cognitivas sobre a enfermidade. Cita Herzlich, como pertencendo ao primeiro modelo, e Kleinmam, ao segundo.

Assim, a TRS encontra afinidade com o primeiro modelo de interpretação pela ênfase que dá à realidade social; contudo o segundo modelo que valoriza o conhecimento em decorrência de processos interativos específicos também é válido. KLEINMAM (1981, p.231) ensina que quando o povo recorre a práticas populares, suas escolas são ancoradas nas orientações cognitivas e de valores da cultura popular. O setor popular, para o autor, é o vínculo das fronteiras entre os diferentes setores e funciona como a principal fonte determinante.

BARRETO (1993, p.5) complementa, afirmando que o grande aliado desta população marginalizada e sem esperança são os espíritos cultuados nos diversos cultos religiosos. Tais curandeiros, guardiães da identidade cultural, através de seus cultos religiosos e rituais, fornecem elementos e códigos que se tornam referência para a população. *É pela pertença a alguma coisa que o homem descobre sua existência e fundamenta sua identidade. Ela ocorre quando se partilha de um mesmo universo cultural.*

Para ALVES (1993, p. 266-271), o ponto de partida para se compreender o significado de saúde - doença está na concepção de que se trata de uma experiência subjetiva que pode se transformar em grupal à medida que dá significado ao fato subjetivo. A enfermidade se torna mais real porque é originada no mundo do senso comum.

25% dos clientes pesquisados ressaltam que antes tinham boa vida, normal, sadia e 35% vida ativa e profissional e que, após a doença, houveram várias complicações desde as dores, até mal-estar, dificuldades no estudo, perda de emprego e namoro, etc.: “Era bom, eu só tive esse problema de pois da morte dele”; “Hoje sou a água e eu era o vinho” Até o dia que comecei a ter isso foi tudo normal” É como se houvesse uma ruptura entre a vida anterior e a posterior a doença!

Com relação a esta representação de doença da clientela, busca-se a compreensão de HERZLICH (1986, p.347) para quem “a doença é um acontecimento infeliz que ameaça ou modifica, as vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, por conseguinte, o equilíbrio coletivo” . Pode-se, agora, comprovar tal assertiva de acordo com o resultado obtido na clientela.

Tema 2: Prevenção

Apesar de que 45% não responderam a pergunta ou ela não foi feita; nos outros 55% restantes o que se observa são tendências curativas como: procurar se tratar, fazer auto-exame, evitar estresse, enfrentar os problemas, seguir dieta do médico ou obter mais informação do médico sobre a doença. Verifica-se, assim, que a clientela não tem muita opção para prevenção dentro do seu contexto situacional.

Tema 3: Relação Psicólogo Paciente

Grande parte da clientela (45%) já havia se posicionado para os psicólogos com relação à sua doença e seus problemas, mas também foi alto o índice de resposta negativa (40%), principalmente em todos os pacientes internos em hospitais gerais: “Nunca a gente fala da minha doença física, eu falava da minha doença emocional”; “no início, eu já falei”; “Não ela não sabia assim detalhes porque ela tinha que conversar com outras mães”; “Eu acho que ela não sabe esse lado”; “Nada, foi só uma visita pequena”.

Imagina-se que a aliança terapêutica não foi bem estabelecida para propiciar um clima de confiança fazendo que o paciente falasse de si para o psicólogo. Dentro deste tipo de instituição (hospitais) convém ressaltar haver algumas diferenças no atendimento, pois não se pode fazer uma intervenção no processo psicoterápico e sim de apoio psicológico, trabalhando apenas um foco que seria a doença ou a de internação. Tal assunto merece discussão posterior, mais detalhada, nas propostas de intervenções mais adequadas.

Com relação às intervenções do psicólogo, o que se percebe é que as apreendidas pelos clientes dizem respeito à prática psicológica de praxe (ouvir, aconselhar, apoiar, dar força) e à atividade física como exercícios, relaxamento, distração e lazer ou ocupação laborterápica “Ela me mandou caminhar, sair, me distrair, que eu já ia melhorar”; “Geralmente ela me dá força de não querer voltar atrás”; “Ele falou que eu primeiro tinha que arranjar um emprego”; “prá não pensar em bobagem na frente, procurar trabalho”; “Ela me mandou fazer exercício, se a gente tá agitada, ensina que a gente deite e relaxe”. É como se eles absorvessem melhor este tipo concreto de intervenção.

Alguns desviaram-se do assunto (15%), não responderam (20%) ou afirmaram que o psicólogo não manda (10%) apenas escuta e apóia: “Ela não me manda eu fazer nada não, ela quer que eu descubra o que eu deva fazer para eu melhorar”. Tal resultado pode provir de uma aliança terapêutica mal estabelecida.

No que diz respeito à melhora constatada, 55% afirmam ter obtido melhora: “depois que eu vim, melhorei tanto, fiquei mais calma”; “Tive uma melhora muito boa”; Mas, ainda há outra parte dos clientes(40%) que não respondeu tal questão e apenas um dos clientes afirmou não ter melhorado. Talvez, para estes clientes, seja difícil representar de modo mais objetivo uma melhor evolução, visto que ela está num contexto mais amplo sócio-familiar.

Em termos de sugestões para se melhorar as intervenções psicológicas, as respostas dos clientes são de modo a favorecer a aliança terapêutica : “a idéia é que o diálogo ajuda

muito”; “deixar o paciente chorar”; “ter paciência comigo”, “dizer assim que eu não sei porque aumentou minha pressão”, “orientar pra poder melhorar”; “procurar sempre a confiança do paciente” e também sugerem um conteúdo mais prático com relação às técnicas como: “fazer dinâmica”; “acho que poderia fazer um trabalho mais amplo, terapia de grupo, seria mais interessante, ajudaria mais”; “um conteúdo prático mesmo de participação, de querer tirar alguma coisa de você” .

CAMPOS (1992, p.45) traz uma reflexão relativa à melhora do paciente que se relaciona com o nosso resultado da clientela não representar bem sua melhora:

O abismo mais profundo da nossa profissão impossível consiste no fato de que ao homem doente, que busca um tratamento, anima a idéia de voltar a um estado anterior. Mas a doença como toda perda de inocência é sempre irreversível e a saúde só pode advir de um doloroso progresso, que é totalmente oposto à ilusão de voltar.

Verifica-se, assim, a complexidade desta representação de melhora para que o paciente a respondesse afirmativa e concretamente. A doença, realmente, modifica sua vida de modo irremediável, remetendo-o a conteúdos internos e externos de dor, sofrimento, tristeza, desajuste, enfim, conteúdos existenciais muito marcantes para a vida de um ser humano.

Tema 4: Conceito de Saúde

Os clientes representam Saúde como *bem-estar, ausência de ocorrência e ter sossego, paz, tranqüilidade*. Mais uma vez, eles a relacionam com o seu estado, almejando ter saúde quando se livrar da sua doença: “Acho que saúde seja a pessoa ter sossego, fique tranqüila, despreocupada, sem ter aqueles problemas”; “É ter uma vida boa, estar bem com

os nossos órgãos”; “É tá sadio, não ter nenhum tipo de problema, não tá precisando ir ao médico, não tá tomando remédio”; “É não está no Hospital, está lá fora”.

Existiram outros tipos de representações, como “saúde é ter tudo”; “saúde é vida”; Saúde é coisa boa”; “é topar o que vem pela frente”; “é você superar tudo”; “é você buscar viver melhor”. Verificam-se conteúdos representacionais mais gerais, significando um sonho a ser alcançado ou um estado desejado, mas quase impossível.

Tendo uma representação de doença tão marcante, a representação de saúde só poderia estar aliada a esta. Tais dados manifestam uma tendência esperada uma vez que envolve aspectos da realidade da população. O trabalho de JONAS et al. (1993, p.37-52) traz uma semelhança nos resultados das categorias referentes a bem-estar e respostas biológicas mas os leigos da pesquisa apresentaram também representações com categorias de equilíbrio, respostas funcionais e psicológicas. Imagina-se que a diferença esteja em função da realidade da nossa amostra, ou seja, os clientes dos psicólogos em questão representaram muito do seu conteúdo existencial.

Tema 5: Ação da Psicologia na Saúde Pública:

A clientela representou o psicólogo na saúde como *conselheiro* (conversa, acalma, dá conselho, força e orientação) e também como um “*grande amigo*” que ajuda e apóia: “serve prá conversar, prá acalmar, dá muito conselho prá gente”; “Para dar apoio nas horas necessárias”; “É prá dar força prá gente”; “para explicar o que deve fazer, tipo orientação”; “ajuda muito no caminhar da gente” “é um grande amigo prá manter o meu equilíbrio”.

Com relação às representações de “conselheiro” e “amigo”, verifica-se que não fogem aos padrões de atuação clínica usual. Tais representações não se diferenciam da maioria dos estudos (WEBER, 1989, p. 79-9, SOUSA & TRINDADE, 1989, p.267-279, LEME et al., 1989, p.29-35). O que chama atenção é o modo como as intervenções psicológicas estão sendo apreendidas por estes: suas intervenções mais apreendidas são as

que se referem aos exercícios físicos de relaxamento, ou às condutas mais diretivas, como orientação para lazer e ocupação laboroterápica. O que se imagina com este resultado é que a clientela apreende intervenções mais concretas e próximas à sua realidade.

Pede-se uma pausa ao leitor para refletir sobre a linguagem usada pelo psicólogo ao contactar com seu cliente. Será que ela está recheada de “jargões psi” e cientificismos que não atingem a população ? Na experiência da Enfermaria de Pediatria do HUWC-UFC, o que se percebe é que o discurso médico pode ocasionar sérios problemas para a adesão ao tratamento da criança. Certa feita, a pesquisadora percebeu uma mãe em prantos e se aproximou dela para averiguação. Após o choro convulsivo, um pouco mais calma, esta mãe foi convidada a contar o que acontecia e, para surpresa, ela se referiu que seu lindo filho ia tomar “sangue de cavalo”! Percebendo o engano da mãe e, sem querer negar esta sua apropriada representação, indagou-se como isso havia acontecido. A mãe relatou detalhes de uma visita médica na qual um dos preceptores havia dito textualmente “dose cavalari”. O desfecho do caso foi que a psicóloga foi à procura do tal preceptor para que este voltasse ao contato com a mãe e esclarecesse melhor do que se tratava esse “fenômeno”. Isto se dá muitas e muitas vezes quando, apreendendo o discurso científico, o profissional de saúde neófito se refugia por detrás dele sem nenhuma percepção da realidade em que está se atuando...Isso pode causar muitas fantasias e representações no cliente, podendo atrapalhar tanto a adesão ao tratamento quanto à relação médico-paciente.

GIANNOTTI (1996, p.30), diz que a intervenção psicológica, em qualquer cliente, somente é possível se houver empatia e confiança no psicólogo e, ainda, se o cliente tiver condições e amadurecimento suficientes para enfrentar a angústia que o problema psicológico desencadeia. Concorde-se com que é necessária uma aliança terapêutica bem estabelecida para qualquer intervenção e sugere-se que o psicólogo compreenda as condições de seu paciente mas a relação é recíproca e não depende somente de um.

AMOSTRA 2 : PSICÓLOGOS

Tema 1: Processo Saúde Doença

Para os psicólogos entrevistados, a *demanda física* está associada à *demanda emocional*, isto é, a clientela vem com queixa de problemas orgânicos como, por exemplo, pressão alta, dor no peito, menopausa, perda de voz, e também em função de depressão, agressividade e ansiedade : “A M foi encaminhada prá mim porque ela só vivia com a pressão alta e vários internamento e de emergência... ela se apresentou ansiosa”; “o caso dele é cirurgia; eu fui atendê-lo porque ele estava muito deprimido”. Parece que o psicólogo desta área está reconhecendo, através destas representações, a ligação mente-corpo.

Mas eles também referem motivos familiares do tipo “Ela foi encaminhada pelo médico com queixa de depressão, problema emocional muito violento com o marido”; “Ela tem, dentre outros problemas na vida, dois filhos drogatidos, um marido que é ex-alcoolatra que a fêz sofrer bastante”. Neste caso, pode-se constatar que os problemas referidos pelos psicólogos estavam inseridos na dinâmica familiar.

Tais clientes são encaminhados para os psicólogos pelas mesmas fontes citadas anteriormente, sendo a de maior incidência os profissionais de saúde (médico e psicólogo). Com referência à etiologia da doença de seus clientes, para os psicólogos, há tanto *causas de origem pessoal / emocional* (depressão, stress): “ela estava muito deprimida porque a eclâmpsia a debilitou e a deixou muito fragilizada”; “ela tem 18 anos e nunca teve experiência afetiva”; como causas de origem corporal: “ O Sr C. já fez duas cirurgias, tem endocardite; ele trabalha muito e talvez pelo fato da própria profissão se estresse demais”. Continua-se, então, com o mesmo raciocínio anterior, no que diz respeito à referência mente e corpo. “A história de vida de M é um sofrimento total, é uma pessoa super marcada que perdeu os pais desde cedo e ficou super recalcada e super reprimida”;

“ele é um menino super revoltado está com distúrbio em toda a dinâmica familiar” Firam encontradas também *causas familiares aliadas às pessoais* e, assim, novamente se confirma a valorização do contexto familiar na causa da doença.

Verifica-se que a antiga concepção sobre o fenômeno psicológico centrado no plano individual isolado do contexto social está se modificando a partir da prática do psicólogo: este já consegue visualizar o ser doente junto ao contexto social mais imediato, que é sua família. Se, na sua formação, ele foi treinado para tratar da mente e, quando veio a campo, já está considerando os problemas comportamentais/mentais associados ao corpo e à dinâmica familiar, isto já é um grande avanço!

Relativamente à localização da doença, 90% dos psicólogos entrevistados não responderam à esta questão. Talvez seja difícil para este profissional representar especificamente partes mais concretas já que ele trata da parte abstrata do ser humano. A pergunta seguinte, sobre a gravidade da doença, também teve 40% sem responder; 45% responderam que não era doença grave e apenas um constatou que sim. Quando ele não responde às especificidades como parte do corpo doente e gravidade da doença, já se pode pensar de uma certa insegurança em delimitar o orgânico dentro de sua atuação.

Com relação à procura de outras pessoas antes daquele tratamento, 45% não responderam à pergunta enquanto outros não sabiam; alguns psicólogos também negaram a inexistência de alguma procura e nenhum falou a respeito do circuito informal confirmado pelos clientes: “Eu nunca investiguei isso mas eu acredito que não”; “ela veio procurar um psiquiatra”; “Não, prá esse problema, não”; “não sei”; “Não ela está fazendo tratamento junto com o psicológico”.

Da questão que se fez sobre tratamento anterior, mais da metade dos psicólogos não sabe bem a trajetória do paciente antes de chegar ao tratamento psicológico. Dos que vinham através dos médicos eles já estavam informados, mas a trajetória anterior, antes de chegar ao atendimento, não ficou clara nas respostas de 40% dos psicólogos.

Será que o cientificismo psicológico está obscurecendo a visão dos profissionais da Psicologia ao ponto de não reconhecerem o circuito informal de tratamento? A cultura brasileira é rica em sincretismos, simbolismos e religiosidade, que devem ser considerados por qualquer um dos profissionais de saúde, principalmente os que tratam a mente...

Eles ressaltam complicações causadas pela doença em alguns exemplos, como perda de atividade, dores e mal-estar, apatia e nervosismo, problemas com a sexualidade e dificuldades com o estudo e com a família confirmando que, para seus clientes, houve transtorno causado com o aparecimento da doença: “ele refere muita dor”; “as complicações que trazem o problema dela é a apatia diante da vida”; “ele não conseguia estudar, passava muito tempo parado”. No entanto, grande parte também não respondeu a tal questão e com relação ao conhecimento anterior da vida do paciente, registrou-se considerável ausência de respostas, levando a crer que eles não estavam bem informados sobre o passado e sim somente sobre o período atual da doença de seus clientes. Torna-se imprescindível salientar a importância de uma anamnese bem realizada, tentando apreender dados importantes tanto da vida atual como da vida anterior.

Esta lacuna apareceu no caso dos pacientes internos para os quais a atividade do psicólogo é diferente mas fazer apoio psicológico não significa apenas verificar o estado atual do paciente ou se ele está aderindo ao tratamento; trata-se de, após o vínculo estabelecido, servir de mediador para todas as suas angústias e privações, e tentar minimizar o máximo, juntamente com a equipe, os transtornos causados pela hospitalização e pela doença.

Tema 2: Prevenção

O que se pode constatar é que a representação social da ação da Psicologia, para os psicólogos, é *essencialmente curativa*, pois suas respostas variaram em torno de “tratar a infecção”, “minimizar a ansiedade”, “dar apoio familiar”, “desenvolver enfrentamento” e

“mudar metodologia”. Não existe representação de atividade preventiva: os psicólogos estão treinados para tratar e não para prevenir distúrbios psíquicos.

Tema 3: Relação Psicólogo Paciente

Metade dos psicólogos continua com as *intervenções de praxe*, como favorecer catarse, escuta e a auto-estima, dar aconselhamento etc, mas alguns (20%) também utilizam *exercícios físicos* (caminhada, relaxamento) e (30%) *ocupoterapia*: “faço o atendimento no sentido de puxar prá realidade”; “eu escuto mas também eu incentivo elas a falarem”; „eu trabalhei muito esta questão da musculatura, de aliviar o corpo físico”; “fortalecer a autoestima dela”; “estimular a oficina delas e mostrar prá elas que podem ser produtivas apesar de estarem mastectomizadas”; “essencialmente verbalização e gente trabalha com a possibilidade de perda”.

Tal fato mostra que já existe mudança com direção a práticas mais objetivas e realistas mas que precisam ser mais enfatizadas ou executadas.

Em termos de melhora do paciente, 55% dos psicólogos referem alguma melhora mas, grande parte (45%) evita responder a tal questão: “Ela está mudando...começou a dizer não prá algumas coisas”; “o progresso está com relação aos atendimentos dela, ela não perde um atendimento”; “ela tá caminhando bem, tá enfrentando as coisas apesar de uma resistência muito grande”; “ela ultimamente não tem mais tido esta respostas de desmaiar”. São respostas de evitação, desqualificação do tema, ou ainda, pelo fato de não possuírem dados objetivos para respostas afirmativas.

Os psicólogos sugerem trabalhos que incluam outras modalidades de atendimento diferentemente da individual, como, por exemplo, *técnicas com grupos, massagens, visualização criativa, relaxamento* etc: “Eu acho que podia fazer técnica de relaxamento”; “eu gostaria de fazer oficina, grupo terapêutico” Pode-se verificar que as técnicas

tradicionais já estão sendo questionadas, mas o movimento de mudança é pouco significativo.

Tema 4: Conceito de Saúde

Para os psicólogos, a saúde é representada como *bem-estar, equilíbrio e buscar viver melhor*: “é a gente buscar viver melhor”; “eu vejo a questão da saúde muito relacionada a um bem-estar geral”; “eu vejo assim um equilíbrio, você estar bem organicamente como emocionalmente”; “é fazer dessa vida uma coisa melhor”; “é um estado global da pessoa que favoreça ter uma vida normal”.

Quanto à representação de saúde como bem-estar global, equilíbrio e viver melhor, esta não difere do trabalho de Jonas, citado páginas atrás que diz ser uma tendência deste grupo caracterizar a saúde como um produto de vários fatores interrelacionados, os quais, uma vez presentes, propiciariam um estado de equilíbrio integrativo do homem com o meio.

Tema 5: Ação da Psicologia na Saúde Pública

O psicólogo se representa como *fundamental* na saúde, *agente multiplicador, desenvolvendo potencialidades*: “eu acho fundamental a ação do psicólogo na saúde”; “contribui demais para ampliar esse conceito de saúde”; “eu me vejo como um agente multiplicador, que procura contribuir para que ocorra mudança significativa na maneira de viver das pessoas”.

Outras respostas apresentam outros conteúdos: “Tá faltando muita coisa”, “o psicólogo tem de entender do físico”, “sinto-me angustiado”, “houve mudança na minha vida pessoal”. Em suma, as respostas tiveram conteúdo intelectual, valorativo ou pessoal; de representativo somente o “agente multiplicador”. Tal questão se confirma na pergunta

posterior, quando 70% dos psicólogos afirmam que mudaram sua visão quando entraram para a saúde.

Com referência à representação do psicólogo na saúde pública, existem três tipos de categorias representacionais: pessoais, intelectuais e valorativas ou atitudinais, mas o campo de representação ainda não está formado. Neste ponto, é interessante pensar sobre uma questão levantada por WEBER (1994, p.72-88), que cita alguns autores, dizendo que o psicólogo não possui ainda um conceito definido do que seja a atuação psicológica e tende a defini-la a partir dos serviços prestados. O que ocorre é que o psicólogo experimenta uma “insegurança profissional” quando parte para um trabalho que foge ao tradicionalmente aprendido no período da formação acadêmica.

Pode-se concluir daí que, como é um campo novo para o psicólogo, ele ainda está em decurso de objetivação. Abre-se aqui um parêntese para que se reflita que é a partir da prática consubstanciada, analisada e referendada que surgem os outros meios de atuação das profissões.

MACEDO (1984, p.9-23) traduz bem a situação, ao afirmar que, apesar de haver uma abertura nas instituições, não existe, por parte destas, nem por parte dos psicólogos, objetivos claros e definidos quanto ao atendimento. Tal área nova está freqüentemente mais disponível aos psicólogos recém-formados, já que os mais experientes não estão dispostos a sobreviver com os salários pagos pelas instituições.

Tema 6: Atuação na Área da Saúde Pública

A escolha da área foi respondida por 70% dos psicólogos entrevistados como vindo *transferidos de outro serviço* pela extinção do órgão de que faziam parte ou pela própria necessidade do serviço (todos das áreas Estadual e Federal). Apenas 10% chegaram *por concurso* e 20% *por serviços prestados* sem vínculo empregatício: “o meu trabalho era outro, no estado, aí surgiu essa oportunidade de fazer um trabalho aqui no

centro”; “a gente da educação teve que ser lotada em áreas da saúde”; “a minha entrada na saúde foi a nível de Psicologia comunitária”. Há também respostas de cunho atitudinal ou valorativo como: “eu sempre me interessei pela clínica e tinha interesse em hospital também”; “eu comecei aqui como estagiária, aí eu me identifiquei demais”; “eu sempre fui atraída por hospitais eu gosto de trabalhar na área de saúde”.

Existem, ainda, muitas dificuldades a serem transpostas, desde à *falta de espaço físico*, à *falta de reconhecimento pela instituição e pela classe médica*, à *questão salarial*, à *limitação institucional*, ao *trabalho em equipe*, até a *lentidão das conquistas*: “A maior dificuldade é não pertencer ao quadro da instituição”; “a dificuldade do espaço físico e do reconhecimento mesmo da profissão”; “as conquistas, elas são muito lentas mas hoje, já não sinto tanto empecilho”; “a nossa clientela é de baixa renda, pessoas menos favorecidas socialmente, politicamente, economicamente e até educacionalmente e isso é fonte geradora de problemas”.

LEITE (1997, p. 35-39) aponta queixas semelhantes de uma valorização e um não reconhecimento de suas atividades no campo da saúde pública. Como toda área emergente, ainda se verificam muitas “portas fechadas” mas as janelas estão abertas e quem tiver coragem para pular pode realizar grandes coisas pela frente...

Tema 7: Formação na área da Saúde Pública:

Constatou-se que 100 % dos psicólogos entrevistados não vivenciaram experiências na área da saúde durante sua graduação: “Não tive nenhuma informação sobre isso”; “na minha formação acadêmica eu não tive esse entendimento de saúde como a gente coloca hoje”; “nenhuma experiência”.

Estes sugerem como formação necessária uma prática de estágio na área e disciplinas aplicativas como Psicologia Hospitalar, Psicologia Institucional, Epidemiologia, Doenças Crônicas e Transmissíveis, Saúde Pública e Prevenção, Psicologia

aplicada às especialidades como Cardiologia, Oncologia e Nefrologia; “Tivessem oportunidade de conhecer antes, de ir para os hospitais”; “Falta a leitura da questão da instituição... da psicologia hospitalar” ; “precisaria rever suas disciplinas e tratar mais dessa coisa de saúde porque a gente está à beira do século XXI e muitas coisas mudaram”.

Com referência à atuação prática, sugerem o uso de uma técnica mais objetiva e focal, como a Psicoterapia breve; “a gente não deu nada de psicoterapia breve-focal” e uma prática em equipe “: é interessante aprender a trabalhar em equipe”. Há também sugestões de características pessoais como “gostar de doente”, “não ficar entre quatro paredes”, “fazer tratamento psicoterápico”.

Verifica-se, assim, representações com relação a atuação e à formação têm três tipos de natureza: que dizem respeito ao *conhecimento do profissional* como, por exemplo, ter experiência anterior, aprender a trabalhar equipe, fazer disciplinas aplicativas da área, estudar psicologia institucional, atender em Psicoterapia breve-focal e entender de saúde em geral. Outro tipo dizem respeito à *atuação do profissional*: falta espaço físico, reconhecimento da profissão, conquistas lentas, questão salarial, limitação institucional, trabalhar com clientela de baixa renda e a última categoria é com *relação a si mesmo*, como por exemplo, identificar-se com o trabalho, gostar de doente, fazer tratamento psicoterápico e não ficar entre quatro paredes.

Concorda WEBER (1994, p.72-88) com que a formação do psicólogo “ainda se mantém conservadora e, em certa medida, desatualizada”. Os psicólogos desta pesquisa sugerem muitos meios para uma formação mais adequada, mas, com relação à própria atuação, sentem-se tolhidos ou incapazes, como exprime uma colega a seguir: “não vejo um a perspectiva maior porque o ideal é que houvesse uma instituição que trabalhe o adulto por completo”.

Outra dificuldade assinalada pelos psicólogos é o trabalho em equipe; é como se fosse um desafio para eles a integração de múltiplos olhares sob o mesmo fenômeno: a

doença e o doente! Ele a representa como uma imposição para a eficiência de seu trabalho tal e qual na pesquisa de LO BIANCO et al. (1994, p.7-79) os psicólogos entrevistados também o dizem.

SILVA (1998, p. 26-33) traz um trabalho com a equipe hospitalar, citando algumas dificuldades como o corporativismo, o individualismo e o medo de ficar submetido ao poder médico como empecilho ao trabalho interdisciplinar.

Outro fato assinalado e que também diz respeito à equipe é o intercâmbio com outros campos de saber, como a Epidemiologia, para dar conta da saúde pública, a Biologia para se entender do físico, a Patologia para se entender as doenças, a Filosofia existencial, para se dar conta do momento do cliente, e também apontam campos mais específicos da Psicologia, como a Psicologia Hospitalar e a Psicologia Institucional. Isto representa a necessidade de um maior entrosamento transdisciplinar.

A caminhada junto às equipes e a outros saberes ainda é muito difícil. Trata-se de um percurso espinhoso e ingrato que combate de frente a hegemonia do poder médico. Contudo, os movimentos da Psicossomática, da Psicooncologia e da Psicologia Hospitalar já demonstram uma mudança rumo a interdisciplinaridade.

5.4 Comparação entre as duas amostras: os Clientes e os Psicólogos.

Tema 1: Processo saúde doença

Com relação ao *Motivo da consulta*, houve congruência nas representações de demanda orgânica, mas diferença se acentuou na demanda por problemas comportamentais, na qual os psicólogos tiveram 50% a mais do que a clientela. Isso mostra a visão específica por parte do psicólogo com relação à área de seu interesse, ou seja, a que este domina.

A questão do *Encaminhamento* foi coerente entre psicólogos e clientela, como também a de *Etiologia*, só que esta com uma diferença : a clientela teve maior percentual

nas causas familiares, enquanto os psicólogos, nas causas emocionais/comportamentais. A falta da visão sistêmica do psicólogo fica clara mais uma vez enquanto, para a clientela, esta se representa sempre dentro do “corpo sócio-familiar”.

Na localização da doença, percebe-se um hiato nas respostas dos psicólogos e clientes, pois os primeiros não respondem à pergunta enquanto, para os outros, é fácil repetir a visão cartesiana e médica que fala das partes pelo todo. Pela própria abstração da Ciência Psicológica, ficou difícil, para seus seguidores, trazer para o concreto o órgão doente ou fundamentar sua resposta argumentando com a indivisibilidade do ser humano.

No que diz respeito à gravidade, enquanto 40% da clientela confirmaram a gravidade da doença, apenas 5% dos psicólogos assim o fizeram. A negação da gravidade da doença está presente nos dois estratos, sendo em maior percentual nos psicólogos. Estes se referiram à doença emocional de seus clientes e não à doença física (havia muitos pacientes com doenças cardiológicas, oncológicas e hipertensivas) e os seus clientes confirmaram sua negação pela teoria do enfrentamento comentada em página anterior.

O chamado circuito informal do tratamento, ou seja, a procura de outras pessoas para tratamento, teve diferença nas representações dos dois grupos pesquisados. Apenas 10% da clientela não responderam a esta indagação enquanto 45% dos psicólogos não contestaram e 15% disseram que não sabiam. O tratamento anterior mostrou respostas coerentes no caso dos tratamentos científicos (médico, psicólogo, fono) mas o tratamento espiritual não foi reconhecido pelo psicólogo.

Diz BARRETO (1994, p.12) que “toda transformação social só adquire credibilidade e se materializa quando resulta do cruzamento de duas variáveis: a verticalidade do saber científico com a horizontalidade da realidade sócio-econômico-cultural”. Talvez os profissionais da Psicologia devam refletir mais sobre este asserto, visando a dar mais atenção à realidade total de seu cliente.

As questões relacionadas à vida anterior à doença se tornaram divergentes nas duas amostras: para a clientela sua vida era boa, ativa, profissional, enquanto os psicólogos não souberam responder a tal indagação por não estarem a par da vida anterior do sujeito. Simon (1983, p. 92-104) leciona que o campo da conduta humana pode estar compreendido em quatro setores: afetivo-relacional, produtivo, sociocultural, e orgânico e dá uma série de indicações sobre como se portar em entrevistas psicológicas, sejam preventivas ou clínicas. O mais importante é não esquecer de considerar os aspectos atuais e anteriores do indivíduo.

Tema 2: Prevenção

O que se tornou comum nas representações das duas amostras foram as respostas essencialmente curativas: quando deram sugestões de prevenção, todos se referiram mais ao tratamento ou à doença. Enfim, percebeu-se uma certa desqualificação do tema apresentado, por inadequação da questão ou desconhecimento do assunto.

Tema 3: Relação psicólogo-paciente

Nesta análise horizontal, confirma-se a dificuldade causada por uma aliança terapêutica mal estabelecida por parte dos psicólogos e seus pacientes internos, quando todos eles negaram ou não responderam à questão de falar de si para os psicólogos. Eles até sugerem para “melhorar mais” formas de atendimento que são de praxe do psicólogo como escutá-lo, deixá-lo chorar, ter paciência com ele, etc, absorvendo, na sua maioria, intervenções de caráter prático.

Tema 4: Conceito de Saúde

Com relação à representação social de saúde, houve semelhanças entre clientes e psicólogos no que tange às representações de equilíbrio e bem-estar o que mostra a

tendência deste grupo, apontada por JONAS et al. (1993, p.37-52), em caracterizar a saúde como um produto de vários fatores interrelacionados que, uma vez presentes, propiciariam um estado de equilíbrio integrativo do homem com o meio. As representações tornam-se divergentes quando se apresentam como ausência de ocorrência, sossego, paz, tranqüilidade e topar/superar qualquer coisa, estando diretamente relacionadas com o estado existencial da clientela de luta contra a “doença”, ou seja, sua “ruptura de vida”.

HERZLICH (1986, p.351) confirma esta asserção quando fala que as representações de saúde e doença são enraizadas na realidade social e histórica. A autora continua dizendo que, hoje em dia, tudo é visto, avaliado, expresso e regido em termos de saúde e doença: *Falar de Saúde hoje, para nós, é uma das melhores formas de nomear, reclamar e reivindicar a felicidade* (HERZLICH, 1986, p.353).

Tema 5: Ação da Psicologia na Saúde

O cliente tem a representação da atuação do psicólogo em saúde pública semelhante a atuação clínica tradicional enquanto o psicólogo ainda não tem campo representacional formado expressando, claramente, em termos valorativos, que sua atuação ampliou o conceito de saúde vigente; é fundamental mas que ainda “está faltando muita coisa”... Inference-se aqui que sua maior dificuldade vem da própria formação que não lhe propiciou elementos necessários à sua prática atual. Continua prevalecendo a representação clássica de psicólogo clínico dos trabalhos de LEME et al. (1996, p.29-35) e JONAS et al. (1993, p. 37-52), como aquele que escuta, orienta, promove catarse etc. Ao psicólogo fica difícil criar espaços sem ousar transgredir o usual, a fim de que se perceba a diferença entre sua atuação e o atendimento clínico tradicional.

A propósito, pode-se citar o trabalho de FREITAS (1988, p.236-248) sobre a prática da Psicologia na comunidade confirmando que grande parte dos psicólogos ainda tenta deslocar modelos pré-existentes clínicos para as comunidades. Aqui cabe diferenciar

as ações da Psicologia Clínica aplicada à saúde pública e da Psicologia Social Comunitária.

A esta última cabe, segundo BOMFIM (1994, p.213),

...atividades relacionadas ora a mobilização para a participação popular no planejamento e fiscalização de ações em saúde, ora ao aconselhamento psicossocial relacionado à assistência genética, às doenças infecto-contagiosas, etc. Acrescem a estes atendimentos atividades de assessoria a lutas pela Saúde, envolvendo reivindicações antimanicomiais, combate aos agrotóxicos, poluição, etc., em constante inter-relação com a Psicologia clínica e aos serviços de saúde

Já a Psicologia na saúde pública é um dos ramos da Psicologia Clínica que

...atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais ou informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e atenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas (LO BIANCO et al, 1994, p.8).

Verifica-se que as atividades ainda se encontram em definição e um dos objetivos específicos deste estudo é propor intervenções mais adequadas à prática da Psicologia nesta área.

Percebe-se, aqui, uma urgência maior para que este psicólogo já em atuação na saúde pública busque uma reciclagem, uma supervisão e crie outros espaços de atendimento a fim de que possa atender sua clientela de uma maneira mais alcançável. A

tarefa consiste em recuperar “o tempo perdido”, buscando, aprendendo, reciclando um conhecimento que, com sua prática, ficará bem mais sedimentado.

5.5 Propostas de Intervenções mais Adequadas

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, convém traçar alguns esclarecimentos sobre a assistência da Psicologia na saúde pública, que se encontra esquematizada no Anexo 4, para, depois, delinear as estratégias mais adequadas à realidade institucional encontrada.

Uma instituição não é só um lugar onde o psicólogo pode trabalhar, é um nível de sua tarefa”(BLEGER, 1984, p.44). Dito isto, pode-se adentrar à segunda parte das reflexões. Reportando-se aos resultados da pesquisa, o psicólogo, além de não se representar como da saúde pública, ainda referiu dificuldades institucionais, como falta de espaço físico, reconhecimento da profissão etc.; tais empecilhos são próprios das instituições públicas.

O autor há pouco citado traz sugestões excepcionais sobre a prática da Psicologia em instituições, aconselhando que o psicólogo deve examinar globalmente a instituição de forma a identificar a dinâmica psicológica envolvida. Neste caso, os conhecimentos psicológicos seriam utilizados com o intuito de reduzir situações traumáticas e produzir um incremento de satisfação de necessidades psíquicas: a instituição é seu principal cliente.

Existe uma diferença básica na Psicologia Institucional, porque o psicólogo é mais um consultor ou assessor da instituição enquanto, nas atividades de assistência, o psicólogo é um empregado, um técnico. Assim, no caso de algum problema específico da instituição, cabe ao técnico encaminhá-lo para um consultor especializado.

Segundo CAMPOS (1995, P.77-104) E ROMANO (1997, p.16), ao psicólogo que presta serviços em instituições de saúde cabe as tarefas de: prestar *assistência*, responsabilizar-se pelo *ensino* e desenvolver *pesquisas*. Neste caso específico, deter-se-á

apenas na primeira tarefa, já que esta trata da prática da Psicologia na Saúde Pública. Assim, o psicólogo pode prestar assistência à hospitais gerais, hospitais de saúde mental, unidades básicas de saúde, ambulatórios de saúde mental, pronto-socorros, todos estes integrados à rede pública.

Com relação ao atendimento, este poderá ser dado a pacientes internos ou externos dependendo do tipo de instituição ora referido. O caso do *paciente interno* é especial porque hospitalizar-se significa *estar acolhido num ambiente impessoal, frio e ameaçador* (LEITÃO, 1993, p.69), permeado pela dor e pelo sofrimento. Assim, neste momento existencial doloroso, convém apenas ao psicólogo prestar-lhe “apoio psicológico” dentro do foco mais adequado, que pode ser referente à doença, internação ou reabilitação.

No primeiro caso, a doença, intervêm-se em casos de investigação diagnóstica, não aceitação ou não entendimento da patologia, não adesão ao tratamento, preparação para cirurgias ou procedimentos mais invasivos, isto é, tudo o que se refira a patologia em si. Já o caso da internação, este diferencia-se porque trata-se de quando o paciente não se adapta à rotina hospitalar, às normas hospitalares, à equipe que o acompanha etc. O último foco a ser trabalhado em hospitais é o da reabilitação, no qual o psicólogo executa atividades de preparação para alta, apoio em doenças terminais, recuperação e reintegração do paciente à família, ao trabalho, à escola e à comunidade.

No apoio, sempre se tem como objetivo a supressão de ansiedade, o alívio do sintoma, o fortalecimento do ego e das defesas adaptativas positivas, pois considera-se que o paciente está em crise. Tal atendimento poderá ser feito em unidades de internação (enfermarias), unidades de emergência e unidades de tratamento intensivo mas, sempre compreendendo o objetivo de cada local físico onde está inserido. Assim, o psicólogo deve discernir a metodologia e os ajustes técnicos mais adequados para cada fim e local específico.

No caso do *paciente externo*, este pode ser atendido em apoio ou processo, pois terá um atendimento ambulatorial cujos casos poderão ter um acompanhamento mais completo, pois todo o ciclo da doença estará sob cuidados (consulta, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação). ROMANO (1997, p.34) diferencia dois tipos de ambulatórios: o de um hospital e o de um posto ou centro de saúde. Para esta autora, no primeiro caso tem-se de um ambulatório bem mais complexo, onde são necessárias intervenções que envolvam maior tecnologia e continuidade, enquanto, no segundo caso, os problemas deverão ser mais simples relacionados a níveis primários e secundários de atuação.

Qual a técnica mais aconselhável para se intervir, de modo mais objetivo os clientes? Os modelos e as técnicas apreendidas na formação, geralmente importados de outras realidades, têm sido pautados em valores sociais diferentes dos da clientela que chega ao serviço público. A Psicoterapia Breve-focal torna-se uma técnica apropriada por ser mais precisa. Também denominada Psicoterapia de emergência, técnica ativa etc., é destacada por vários autores (SEVERO, 1993, p.57; LO BIANCO et al., 1994, p.48; CAMPOS, 1995, p. 93; GIANNOTI, 1996, p.24) e se trata de um procedimento psicoterapêutico de orientação psicodinâmica, utilizando como tripé atividade-planejamento-foco. Tal metodologia se encontra em alta aqui no Brasil com diversas instituições aprofundando sua aplicação e ministrando cursos de especialização e capacitação. Aqui, não se deterá a aprofundar o conteúdo desta técnica, visto que se trata de um assunto com referencial bibliográfico imenso.

Continuando, ainda nos limites da instituição de saúde, outro ponto deve ser esclarecido: a família e a equipe que trata o paciente também devem ser alvos de atuação para o psicólogo. A primeira, podendo ou não tornar-se agente cronificador da doença de seu membro, deve ser orientada, esclarecida e acompanhada pela equipe que cuida de seu componente não saudável. O psicólogo intermedeia estes contatos, facilitando a relação, dando o suporte adequado e participando ativamente deste atendimento global tão

preconizado hoje em dia. *A doença é experimentada coletivamente e não individualmente* (FLY apud ROMANO, 1997, p.56).

A equipe também deve atuar de modo unido com um objetivo comum: o paciente. O psicólogo servirá de ponto aglutinador, no qual todos percebam este ser doente de uma forma integrada e humanizante, isto é, definindo os objetivos, os fazeres de cada profissional, esclarecendo os sentimentos e as preocupações do paciente e trocando informações para a atender o mais integralmente possível. O que se pretende seria uma tarefa multi ou interdisciplinar, na qual as interações somatopsicossociais pudessem ser estudadas e aceitas, encontrando-se metodologias mais adequadas que propiciassem uma prática integradora (GIANNOTTI, 1996, p.15).

A Psicologia deve deixar de ser “propriedade” do psicólogo para ser discutida em grupo e trabalhada grupalmente, ou seja, a equipe deve agir psicologicamente para com o paciente e sua família e os trabalhos feitos pelo psicólogo deveriam ser, na sua maioria, em grupos. RIBEIRO (1988,p.172-177) respalda este tipo de estratégia em seu trabalho.

No caso das instituições de saúde, sempre se diz que os psicólogos devem primeiramente se internar, ou seja, conhecer todo o fluxograma da instituição: sua rotina, suas instalações, seus procedimentos, normas etc. A partir daí, de acordo com o encontrado, deve planejar sua tarefa. Para planejar, é interessante que, além do conhecimento “do terreno onde pisa”, tenha conhecimento das funções que deve desempenhar, elabore as metas gerais, registre todas as atividades e planeje as formas de atendimento possíveis na situação existente.

Não se pode importar modelos de atuação! Se os fatores sociais e institucionais são relevantes, compreende-se que se deva dar a devida atenção a todos eles e desenvolver técnicas apropriadas. Quando da implantação do Setor de Psicologia no Ambulatório Integrado de Pediatria do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC, tinha-se como base uma longa ficha de anamnese para se fazer a triagem da clientela. Se se fosse usá-la,

gastar-se-ia um tempo enorme e não se atenderia a demanda pretendida. Criou-se, então uma ficha menor, intitulada de semitriagem, com dados mais objetivos, a fim de que, sob um contato mais rápido, se pudesse averiguar os casos passíveis de apoio, processo, orientação etc. Tal ficha existe há dez anos servindo até para pesquisas de perfil da clientela, como a de AGUIAR (1996).

Outro ponto a ser abordado é que, além de ser agente de mudança, o psicólogo é um catalisador ou depositário de conflitos, que “devem” se solucionar como num “passe de mágica”. Isto merece todo cuidado para que ele não se submeta a uma tarefa impossível: deve agir sobre os conflitos juntamente com o grupo e não em separado, pois ele é um elemento da equipe e não um consultor. Por falar em equipe, BLEGER (1984, p. 47) recomenda uma atitude clínica que consiste “no manejo de certo grau de dissociação instrumental que lhe permita, por um lado, identificar-se com os acontecimentos ou pessoas, e, por outro, manter com eles certa distância que faça com que não se veja pessoalmente implicado nos acontecimentos que devem ser estudados”.

Concorda-se com SEVERO (1993, p.20), no sentido de que tal atitude deva ser fundamental para qualquer tarefa que o psicólogo deve realizar mas que não significa aparente neutralidade totalmente impossível de existir. Que tenha um relacionamento harmonioso, ético e cordial com toda a equipe, mas, para isso, torna-se mister conhecer e fazer conhecido seu trabalho, participando ativamente de grupos de estudo, estudo de casos etc.

Insiste-se em que os psicólogos na saúde pública devem deslocar a ênfase da sua atividade profissional de uma assistência individual privada e dedicada fundamentalmente à cura para dar ênfase ao social. Dentro das instituições, este profissional encontra uma oficina viva para atuar, e por que não mudar este contorno de atuação da doença para a promoção da saúde?

Com base em SINGER & KRANTZ (apud MEJIAS, 1984, p.156) parece importante salientar as três principais razões que justificam maior consideração pelo enfoque social. Primeiro: há questões cuja solução pode estar além do controle individual. Segundo: as crenças e valores relacionados a saúde surgem num dado contexto social. Terceiro: nossa responsabilidade em relação a questões de saúde ou ante a mudança de certos comportamentos não é algo individual, mas coletivo. A Psicologia na saúde deveria adotar uma perspectiva de comunidade ou saúde pública, ao invés do modelo da doença e de tratamento individual.

Promover bem-estar e não somente curar; não atender única, específica e predominantemente fatores patógenos a nível individual e sim situações mais gerais da comunidade (BLEGER, 1984, p.72). Será isto possível? Concorde-se com o autor ao compreender que a função social do psicólogo não é apenas terapia e sim a saúde pública e dentro dela a higiene mental ou, mais especificamente a psico-higiene. Continuando a tratar os pacientes, estar-se-á concorde com a representação de que a doença e a Medicina são eixos ao redor dos quais se centra toda a vida dos seres humanos. O psico-higienista age, fundamentalmente, sobre o nível psicológico dos fenômenos humanos com métodos e técnicas procedentes do campo de Psicologia; seu objetivo é a promoção à saúde.

A representação errônea do psicólogo na saúde cuja visão corresponde ao modelo médico-curativo (psicólogo clínico) é ainda uma barreira a se derribar! Mesmo dentro da instituição pública, pode-se promover a saúde na medida que se trabalha focalizando o ser em crise, produzido no contexto social e dentro de uma perspectiva multidisciplinar e humanizadora. Contudo, é relevante o trabalho do psicólogo junto às comunidades e instituições atuando preventivamente evitando que a doença se instale.

SIMON (1983, p.105) fala de prevenção específica antes da crise e durante a esta entendendo-a como um fenômeno homeostático adaptativo. Considerando os tipos de crise evolutivas e acidentais, por perda ou aquisição, o autor nos traz orientações de como atuar

nestes momentos, enfatizando o manejo ativo ou passivo do psico-higienista, dependendo do caso. Fornece-nos, também, uma relação de instituições prováveis onde se encontram pessoas em crise ou com potencial de crise para que o psicólogo vá o seu encontro e aja como promotor de saúde.

Percebe-se que a promoção da saúde se torna uma tarefa bem mais complexa, pois implica definir novos modelos de atuação articulados numa concepção coerente de integração. O Quadro I no anexo 5 traz algumas sugestões específicas, com base no modelo de Leavell e Clark, relativo ao esboço da história natural das doenças (ROUQUAYROL, 1993, p.10).

O período pré-patogênico corresponde à **prevenção primária**, subdividida em atividades de Promoção à saúde como integração a programas gerais em saúde pública esclarecendo a função do psicólogo, participação nos conselhos e nos movimentos de saúde, palestras e cursos à comunidade, envolvendo temas gerais e específicos da Psicologia e, por último, atividades de prevenção nas crises considerando crise como perigo e oportunidade, segundo o vocábulo chinês. As atividades de proteção específica seriam: identificação dos fatores de risco, atuação em momentos mais específicos da vida quanto à sexualidade, orientação profissional, vocacional e matrimonial, aconselhamento genético, estimulação precoce e atendimento ao desnutrido.

O período patogênico corresponde à prevenção secundária e terciária. Na **prevenção secundária** podemos ter atividades como o diagnóstico precoce, utilizando para tal a escala de Simon e grupos de orientação (grupos de pais, gestantes, professores, equipe médica etc.) e de espera para o trabalho terapêutico. No tratamento, estes podem ser a curto prazo através da psicoterapia breve focal e abordagem sistêmica familiar, ou a longo prazo, através de outras psicoterapias como, por exemplo a gestaltterapia e o psicodrama, mas as estratégias que se devem utilizar deverão ser, na maioria, grupais. Na limitação da invalidez ou da doença, existem grupos de apoio a alcoolistas, epiléticos,

obesos, toxicômanos, diabéticos, hipertensos, hansenianos, colostomizados etc. A **prevenção terciária** trata da reabilitação do doente; nela pode-se realizar grupos de reabilitação, trabalhos com equipes reabilitadoras, grupos operativos ou de suporte ao paciente e à sua família e trabalhos de reintegração do paciente à família, ao trabalho e à comunidade.

Há em Fortaleza-Ceará-Brasil um projeto que muito se aproxima da nossa proposta de ação: trata-se do Projeto de Higiene Mental Comunitária, desenvolvido na Comunidade de 4 Varas – Pirambu, situada na zona oeste de Fortaleza e coordenado pelo Dr. Adalberto de Paula Barreto. Consta de uma tentativa de construir um modelo de atendimento psicológico para as comunidades carentes, levando em conta três elementos básicos: 1. a discussão e a realização, na comunidade, de um trabalho de saúde mental preventiva e curativa, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais ativos na comunidade; 2. a ênfase no trabalho de grupo e 3. a criação de uma consciência social gradativa.

Verifica-se que a prática da Psicologia na saúde pública não é inalcançável ou restrita; ao contrário, há um espaço enorme para se ocupar, mas, pela falta de identidade do psicólogo, a maioria dos profissionais da área se refugia no modelo clínico e não busca o seu verdadeiro papel junto às instituições públicas e, por conseguinte, às comunidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo-se o trabalho, considera-se alcançados os objetivos procurados. Na análise e discussão dos resultados, conseguiu-se inferir as representações sociais dos clientes e dos psicólogos que atuavam na rede pública de saúde do Município de Fortaleza. Utilizando conceitos próprios da TRS, conseguiu-se apreender as formas de conhecimento empregada pelos dois níveis a respeito do processo saúde –doença, prevenção, relação psicólogo paciente e atuação do psicólogo na saúde pública.

Não foi objeto da pesquisa a análise aprofundada das formas de concretização ou materialização dos esquemas conceituais (objetivação), nem das formas de interação cognitiva do objeto representado (ancoragem). Isto demandaria a escolha de um novo objeto de trabalho e outros procedimentos metodológicos que ultrapassam os limites desta pesquisa.

De uma forma geral, pode-se observar nos dados obtidos a emergência das dimensões do conteúdo das representações sociais acerca do objeto de estudo em questão: *a informação* guarda vinculação com a organização dos conceitos que um grupo possui referente a um objeto social e foi a dimensão mais presente nas respostas; a atitude que destaca a orientação global em relação ao objeto de representação social se mostrou bem apresentada, quando o psicólogo, não sabendo se representar na saúde pública, utilizou-a para dar conteúdo valorativo. O *campo de representação* remete-se à idéia de imagem de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado de um aspecto preciso do objeto de representação e foi bem enfatizado nas representações de saúde, doença e psicologia.

Como em toda pesquisa, são confessadas e até evidentes algumas limitações; a primeira pelo fato de se ter levado em conta o referencial teórico da TRS, não se pôde aprofundar a análise antropológica, apesar de, em alguns temas, ter-se a ela recorrido para dar significado.

O espaço na saúde pública põe como figura a identidade profissional do psicólogo que precisa ser revista o quanto antes. Como este não foi o objeto deste estudo, convém abrir este espaço para outras pesquisas que muito poderão esclarecer esta temática. Já se verifica em alguns estudos alguma movimentação em torno do assunto no Conselho Federal de Psicologia e nas entidades de ensino, com a criação de uma associação entre as duas partes para discutir o assunto de que se cuidou aqui.

Outro limite diz respeito à prática preventiva com relação ao autocuidado x cuidado coletivo; não se teve oportunidade de abordar este tema em virtude da urgência para a finalização deste escrito.

Optando-se por este tipo de análise de conteúdo, verifica-se também que outras análises podiam ter sido experimentadas, usando categorias apriorísticos, análise do discurso ou análise pela visão hermenêutica dialética, mas o fator tempo impediu de tal ação.

Do ponto de vista operacional, a pesquisa aponta a necessidade de maior integração entre psicólogos e comunidade, tanto a instituída como a instituinte. Verifica-se uma necessidade de maior investigação, levando-se em conta a utilização de técnicas com a clientela no que diz respeito à resolutividade do problema, aderência ao tratamento etc.

Espera-se que este estudo contribua para mudar o quadro vigente da prática da Psicologia na saúde pública: é uma prática possível, coerente e ética bastando ao psicólogo se fundamentar para tal e aos alunos da graduação lutar para transmudar sua formação em algo mais realista no panorama atual de saúde.

Para se ter uma idéia mais compacta do que foi sugerido, procede-se a algumas sugestões mais diretivas relativas à prática da saúde pública:

Que o psicólogo:

1. não esqueça da dinâmica biopsicossocial que sempre rege o indivíduo e seu processo saúde-doença;

2. aja de modo mais preventivo e prospectivo do que curativo e remediador;
3. passe a dar mais atenção ao planejamento e às ações e que estas sejam baseadas na instituição e no contexto sociocultural;
4. dê vez às estratégias grupais e focais para lidar com os problemas da clientela;
5. faça uma revisão de sua metodologia e de suas técnicas intervencionais, reconhecendo as técnicas pertinentes, retirando as renitentes e criando outros recursos;
6. priorize o atendimento conjunto, integrado à equipe multidisciplinar dividindo o seu saber e incorporando-se a novos campos de conhecimento sempre em busca da compreensão do seu “fenômeno bio-psico-socio-espiritual”.

Só assim, poderá ter maiores oportunidades de restaurar sua identidade perdida há muito, quando resolveu seguir o modelo médico. Fazer Psicologia clínica ou fazer Psicologia aplicada à saúde só será a mesma coisa quando o psicólogo agir como um verdadeiro psico-higienista na promoção da saúde. Que este psicólogo seja capaz de criar, criticar e usar criticamente o conhecimento de sua área, sendo agente de mudanças “construindo uma Psicologia” baseada nos modelos socioculturais e não apenas sendo reproduzidor de padrões científicos que não condizem com os nossos.

Mais do que valorizar a saúde, trata-se, aqui de resgatar continuamente o existir enquanto processo nos contextos institucionais, onde os discursos dos sujeitos possam encontrar expressão e reconhecimento apesar dos lugares instituídos na configuração institucional (LEITE, 1997, p.40).

7 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ARCARO, N.T. e MEJIAS, N. A evolução da assistência psicológica e em saúde mental: do indivíduo para o comunitário. **Psicologia, teoria e pesquisa**, Brasília, 6(3): 251-266, 1990.
- AGUIAR, C.C.M. **Caracterização da Clientela que busca atendimento psicológico no Ambulatório Geral de Pediatria do HUWC-UFC**. Monografia apresentada ao curso de especialização em Psicologia Hospitalar: uma visão interdisciplinar. UNIFOR, Fortaleza, 1996. 49p.
- ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, julho/setembro,1993.
- AMARAL, V. L. A. R. & YOSHIDA, G. O. A Psicologia como profissão da área de saúde, a prática, a supervisão e a pesquisa: relato de uma experiência. **Estudos de Psicologia** 10(3):85-94, 1993.
- AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.
- ANGERAMI-CAMON, V. (org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo, Pioneira, 1996.
- ANTUNES, M.A.M. Psicologia e História: uma relação possível? **Psicologia e Sociedade**. ABRAPSO-PUC-MG, BH, 9: 153-155 p 90-98.

ARRUDA, A. A livre escolha da Maternidade: Pressões e Representações. **Comunicação apresentada à 1ª reunião Regional da SBPC- Nordeste**, realizada em João Pessoa de 16 a 18 de abril de 1984.

___A Representação Social da saúde num bairro de baixa renda de Campina grande, Paraíba. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, 3 (1): 49-61, jan./jul. , 1985.

ARRUDA, A. O estudo das Representações Sociais: uma contribuição à Psicologia Social no Nordeste. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, 1 (1): 5-14, jan./dez , 1983.

___Representaciones y opiniones, o jugando con la muñeca rusa. **Revista AVEPSO**, vol XVI, N° 4, 1994.

___Representação Social: emergência e conflito na Psicologia Social. **Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política -LASP**. RJ, Ano 1, volume 1, dez 91/92, pp. 115-131.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro, Ed. 70 Brasil Ltda., 1977. 225p.

BARRETO, A. Desenvolvimento e cultura: as lições de uma experiência. **Conferência na reunião de “experts”: Culture e developpment da UNESCO**, Zeist-Holanda, julho, 1994.

___Movimento de Saúde Comunitária. **Universidade Aberta do Nordeste**. Fascículo 6- página 6, 1993.

___O homem à cultura. **Universidade Aberta do Nordeste**. Fasc. 6- pág. 5, 1993.

___**Os espíritos que governam o Brasil 500 anos depois**. Texto apresentado na Conferência Internacional de Santo Domingo: América 500 anos depois. República Dominicana, novembro, 1992, p.12.

___**Projeto de Higiene Comunitária** . Não publicado.

BERGER, P.B.L. **A construção Social da Realidade**. Petrópolis, Vozes, 1973.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo, Hucitec, 1988.

- BIRMAN, J. Apresentação: Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, UERJ, Vol I nº 2, 1991, p.7-22
- BLANCO, A.; LEON, J. M. Health psychology in Spain. **European Review of applied Psychology**, vol. 44 (3) 185-193, 1994.
- BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia institucional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.138p.
- BOARINI, M.L. Estágio em posto de saúde: prática e reflexão. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**. p 27-30, 1987
- BOCK, A.M.B. **Eu caçador de mim: pensando a profissão do psicólogo**. In: Spink, M.J.P. O conhecimento do cotidiano: as representações da perspectiva da Psicologia Social. São Paulo, Brasiliense, 1993, p.280-291.
- BONFIM, E. M. O psicólogo na comunidade. **Psicologia e Sociedade**. ABRAPSO, BH, p119-135, 1989-90A.
- BONFIM, Z. & ALMEIDA, S. F.C. Representação Social. Conceituação, Dimensão e Funções. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, V.9 (1/2), V.10 (1/2); p.75-89, Jan./dez. 1991/1992.
- BONFIM, Z. **Representações Sociais do Local de Moradia, de si próprio e do outro em um grupo de moradores do Pedregal e do Novo Gama: um estudo introdutório**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 1990.
- BOSI, M. L. M. **A Face Oculta da Nutrição: Ciência e Ideologia**. Rio de Janeiro, Espaço e tempo: Ed. UFRJ, 1988. 220 p.
- _____.**Profissionalização e conhecimento - a nutrição em questão**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde N° 8.080-19/9/90**
- CAMPOS, F. C. B. (organ.). **Psicologia e Saúde - repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. 121p.

- CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo: EPU, 1995. 112 p.
- CANESQUI, A.M. (org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo, Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- CANGUILHEIM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro, Ed. Forense, 1978, 270 p.
- CARVALHO, C.V. & SILVA, L.C. Atuação de Psicólogos na Saúde Pública: dificuldades e possibilidades de trabalhos com grupos. **Revista Ciência e Profissão**, p.20-22.
- CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz - A singularidade do adoecer humano.** Campinas, São Paulo, Papirus, 1994. 203 p.
- CAVALARI, C.D. et al. O psicólogo na Saúde pública . **Mesa redonda CRP 6ª região, anais do II Conpisc.** São Paulo, Oboré, 1995
- CAPRA, F.. **O Ponto de Mutação.** São Paulo, Editora Cultrix, 1986, p.1-132
- CHAVES, M. M. **Saúde uma estratégia de mudança.** Rio de Janeiro, Editora Guanabara Dois S. A., 1982, 90 p.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Documento final do I Congresso Nacional Constituinte da Psicologia.** Campos do Jordão, São Paulo, agosto de 1994
- _____. **Documento final do II Congresso Nacional da Psicologia.** Belo Horizonte, Minas Gerais, 28 de agosto a 01 de setembro, 1996.
- _____. **Psicologia - Legislação.** Brasília, CFP, Número 7, 1995.
- _____. **Psicologia no Brasil: Direções Epistemológicas.** Brasília, O Conselho, 1995.
- _____. **Psicólogo Brasileiro: Construção de novos espaços.** Campinas, ed. Átomo, 1992.
- _____. **Quem é o Psicólogo Brasileiro.** São Paulo, Edicon, 1988.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - CRP-06. **PSICOLOGIA: Formação, Atuação e Mercado de Trabalho.**
- DOISE, W. **L'étude des représentations sociales.** Paris, Delachaux et Niestlé, 1986.

- DONOVAN, D. Psicologia Pediátrica. **Revista Latino-americana de Psicologia**, vol. 20 (1) 91-101, 1988.
- EGGER, J. Health psychology in Austria. **European Review of applied Psychology**, vol 44 (3) 197-203, 1994.
- FALCONE, E. Projeto de atendimento psicológico à pacientes com câncer. **Revista Psicologia Argumento** - Ano XIII- Nº XVIII - Nov./1995 p 9-34.
- FARR, R. Les représentations sociales: La Theorie et ses critiques. **Bulletim de Psychologie**, Tome XLV, Nº 405.
- FAVERO, M.H.. Psicologia: passado ,presente e futuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 7(2): 111-117, 1991.
- FERREIRA, C.V.L. Psiquiatria Comunitária e Epidemiologia **Estudos de Psicologia** Nº 2 Julho/Dezembro 69-82,1987.
- FIGUEIREDO, L. C. M. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis, Vozes, 1991.
- _____. Sob o signo da multiplicidade. **Estudos de Psicologia**, 10(1) : 11-19, 1993
- FIGUEIREDO, M e SCHINGER, A. Estratégias de atendimento psicológico-institucional a uma população carente. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, 33(3): 46-57, 1981.
- FLAMENT, C. **Structure et dynamique des représentatons sociales**. cap 9, p 204-219.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo, Editora Perspectiva, 3ª edição, 1993.
- _____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, Ed Forense Universitária, 1980. 241 p.
- _____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Ed Graal, 1979.
- FRANK, J. D. Aspectos psicológicos y comportamentales de la enfermedad y del tratamiento. **Revista Latino-americana de Psicologia**, vol. 20 (1) 45-54, 1988.
- FREITAS, M. F. Q. Psicólogos na comunidade: importância e orientação do trabalho desenvolvido. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, 4(3): 236-248, 1988.

GARCIA, J. C. **Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde.**

In: Nunes, E.D. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983, p. 95-132.

GIANNOTI, A. **Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas: psicologia em instituições médicas.** São Paulo, Lemos Editorial, 1996.

_____. Reflexões sobre a especificidade do trabalho de psicólogos na Saúde Pública, junto a pacientes com problemas orgânicos. **Insight Psicoterapia**. SP, Maio, 1996, p31-33.

GIMENEZ, M.G.G.(org) **A Mulher e o câncer**. São Paulo, Editorial Psy, 1997, 325 p.

GUARESCHI, P.A. & JOVCHELOVITCH, S. (orgs) **Textos em Representações sociais**. Petrópolis, Vozes, 1995, 324 p.

HEWSTONE, M. **Représentations Sociales et causalité**. cap. 12, p220-274.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, UERJ, Vol I n° 2, 1991, p. 23-36.

_____. **Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social**. In: Doise, W. *L'étude des représentations sociales*. Paris, Delachaux et Niestlé, 1986.

_____. **Médecine, Maladie et Société**. Paris, École Pratique des Hautes Études et Mouton, 1970. p.13-26

HOLTZMAN, W. H. , EVANS, R. I., KENNEDY, S., ISCOE, I. *Psicologia y Salud*. Contribuições de la Psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. **Bol of Sanit Panam** 105(3), p. 245-288,1988.

HORNUNG, R.; GUTSCHER, H. Health psychology in Switzerland. **European Review of applied Psychology**, vol 44 (3) 213-220, 1994.

JAPIASSU, H. **A Psicologia dos Psicólogos**. Rio de Janeiro, Imago, 1979.

_____. **Interdisciplinarietà e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

JODELET, D. **Les Représentations Sociales**. Paris, PUF, 1991.

- ___ **Représentation Sociale: phénomènes, concept et théorie.** In: S. MOSCOVICI (org.), *Psychologie Sociale*. Paris, Presses Universitaires de France, 1984, p.1-41
- ___ **Representação Social: um domínio em expansão** in *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 1991, p.1-25
- JONAS, A.L., MARQUEZ, A.M. & TORREZAN, E. Conceito de Saúde e Saúde Psicológica na perspectiva de Psicólogos, Médicos e Leigos. **Estudos de Psicologia** 10(1):37-52, 1993.
- KENBAUY, R. R. Relação entre comportamento e saúde. **Boletim de Psicologia**, volume 37 (Nº 87) : 49-53, 1987.
- KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Los Angeles-Califórnia, The regent of the University of California, 1980.
- ___ **Writing at the Margin – discourse between Anthropology and Medicine**. Los Angeles-Califórnia, The regent of the University of California, 1995.
- LAMOSA et al. **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo, Fundo Editorial Byk, 1990.
- LAMOSA, B. W. R. **O Psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil**. Tese de doutorado, PUC, São Paulo, 1987.
- LANE, S.T.M. & CODO, W (orgs.). *Psicologia Social , O homem em movimento*. São Paulo, Brasiliense, 1984, 1ª reimpressão, 1995.
- LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. São Paulo, Brasiliense, 1996.
- LEITE, S. O psicólogo e algumas práticas no serviço público estadual de Saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 1997, 17, (1), 35-39.
- LEME, M. A. V. S. ; BUSSAB, V.S.R.; OTTA, E. A Representação Social da Psicologia e dos Psicólogos. **Psicologia, Ciência e Profissão**. p 29-35, 1989.
- LIPP, M.N. & KNOBEL, M. Médicos e Psicólogos: quando encaminham pacientes um para o outro e como definem psicoterapia. **Estudos de Psicologia** Nº 2 e 3/ Agosto/Dez, 158-173, 1985.

- LO BIANCO, A.C.; BASTOS, A.V.B.; NUNES, M.L.T.; SILVA, R.C. **Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação.** In: Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- LUZ, T. M. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- LYRA, C.E.A. Saúde e sua conceituação - visão psicológica. **Estudos de Psicologia.** p 59-66, 1988.
- MACEDO, R. **Psicologia e Instituição e comunidade: problemas de atuação do psicólogo clínico.** In: Psicologia e Instituição: novas formas de atendimento. São Paulo, Cortez, 9-23, 1984.
- MEJIAS, N - O psicólogo, a saúde pública e espaço preventivo. **Revista de Saúde Pública,** 18:155 - 161, 1984.
- MELO FILHO, J. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- McDOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1992.
- MINAYO, M. C., DESLANDES, S.F., CRUZ NETO, O., GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rj: Vozes, 1994.
- MOSCOVICI, S. **Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire.** cap.2, p. 62-86
- _____. **A Representação Social da Psicanálise.** Rio Janeiro, Zahar Editores, 1978, 291p.
- _____. **La mentalité pré logique des civilisés.** In: Flick, Une (org.). La Perception quotidienne de la santé et de la maladie: theories subjectives et représentations sociales. Paris, L'Harmattan, 1992, p. 293-320.

- MOSCOVICI, S. & FARR, R. **Social representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
- NUNES, E.D. (org). **Medicina Social, aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Global, 1993.
- OLIVEIRA, H.A. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(3): 326-392, 1993.
- OLIVEIRA, M.F.P. & ISMAEL, S.M.C. **Rumos da Psicologia Hospitalar em cardiologia**. Campinas, São Paulo, Papyrus, 1995.
- PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro, São Paulo: Livraria Atheneu Editora, 1989, 272p.
- PÉRISSE, P. M. Psicologia da saúde: novos horizontes para a pesquisa e a prática psicológica. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, 37(3) 112-121, julho-setembro, 1985.
- PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo, Hucitec, 1990.
- POTTER, J. Some problems underlying the theory of social representations. **British Journal of Social Psychological**, 24, 81-90, 1985.
- RABELO, M.C. Religião e Cura: Algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(3): 316-325, 1993.
- RIBEIRO, H. Pina. **O hospital história e crise**. São Paulo, Cortez, 1993.
- RIBEIRO, P. Psicoterapia e atendimento psicológico em grupos: soluções para serviços institucionais. **Estudos de Psicologia**, PUCCAMP, 5(1):10, p172-177, 1988.
- ROMANO, B.W. **O psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o aperfeiçoamento do estado da arte no Brasil**. Tese de Livre docência, USP, São Paulo, 1997.
- ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1993.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1996.

_____. Sobre a circunscrição do conceito de Representação Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.6, Nº 1/2, p.107-113, 1993.

SANCHEZ, L. M.; PARADA, M.I. La intervencion del psicologo en el campo de la salud: El caso Venezolano. **Revista Interamericana de Psicologia**, Jun, vol 27 (1) 23-35, 1993.

SANTOS, M. F. S. A representação social e a relação indivíduo - sociedade. **Temas em Psicologia**, nº 3, p133-142, 1994.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto - programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo, Hucitec, 1996, Série Saúde em Debates / 96

SCHRODER, A. Health psychology in Germany. **European Review of applied Psychology**, vol 44 (3) 223-227, 1994.

SCHULZE, C.M.N. **A Representação Social de pacientes portadores de Câncer**. In: Spink, M.J.P. O conhecimento do cotidiano: as representações da perspectiva da Psicologia Social. São Paulo, Brasiliense, 1993, p. 266-279.

SEVERO, M.C. **Estratégias em Psicologia Institucional**. São Paulo, Edições Loyola, 1993.

SEVALHO, G. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 349-363, jul./set., 1993.

SILVA, C.O. Trabalho e Subjetividade no Hospital Geral. **Revista Ciência e Profissão**, 1998, 18 (2), 26-33.

SILVA, R. C. **A formação em Psicologia para o trabalho na Saúde Pública**. In: Campos, F.C.B. (org.). Psicologia e Saúde - repensando práticas. S. P.: Hucitec, 1992,p. 25-40

SIMON,R. Psicoterapia preventiva da família. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. p 16-18, 1981

_____**Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: Vetor, 1983, 229 p.

SMEKE, E.L.M. Pós-graduação em Ciências da Saúde: elementos para reflexão e o conteúdo de saúde coletiva. **Estudos de Psicologia**, 10 (3): 105-112, 1993.

SOARES, N.E. O conceito de Representação Social em Durkheim, Weber, Marx, Bourdieu e Moscovici. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.47, N°3, 113-114, 1985.

SOUSA FILHO, E. A. **Dois Estudos sobre Representações Sociais de Práticas Sexuais/afetivas no contexto da AIDS no Rio de Janeiro**. IN: Moreira, A. S. P. & Oliveira, D.C. (org.) Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia, Editora AB, 1998, p.215-236.

_____**Análise de Representações Sociais**. In: Spink, M.J.P. O conhecimento do cotidiano: as representações da perspectiva da Psicologia Social. São Paulo, Brasiliense, 1993, p.109-145.

_____**HENNING, M. G. Representações sociais da AIDS, práticas sexuais e vida social entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília, Brasil**. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8 (4), 428-441, out-dez, 1992.

SOUSA, L., & TRINDADE, Z. A. A representação social das atividades profissionais do psicólogo em segmentos de classe média e baixa, na cidade de Vitória - ES. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, V.6, n°3, p267-279, 1995.

SOUSA, M. V .E. **No fundo do coração**. Revista CRP - 9ª região 3-6, 1997.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul-set, 1993.

_____**O conhecimento do cotidiano: as representações da perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo, Brasiliense, 1993.

- ___ Os conselhos de saúde: participação ou co-optação. **Psicologia e Sociedade**, ABRAPSO-PUC-MG, Belo Horizonte, 9: 153-9.
- ___ **Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber**. In: Psicologia e Saúde - repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992.
- ___ Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, Ano 5, Nº 10, págs. 24-43, Julho, 1985.
- ___ Representações Sociais: questionando o estado da arte. **Psicologia e Sociedade**, ABRAPSO, Belo Horizonte, vol 8, Nº 2 julho/dezembro, 1996.
- STONE, G. C. Psicologia de la salud: una definicion amplia. **Revista Latino-americana de Psicologia**, vol.20 (1) 15-26, 1988.
- TAVARES, C. M. M. **Trabalhando com Representação Social**. Não Publicado.
- TELLES, F.S.P. & ARÊAS, J.B. Doença e Tempo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 309-315, julho/setembro, 1993.
- TOLFO, S.R. Análise de uma experiência institucional com Psicodiagnóstico infantil em grupo: uma contribuição à Psicologia escolar. **Revista Psicologia Argumento - Ano X- Nº XII - Dez**, p 67-78, 1992.
- TRINDADE, Z. A. As Representações Sociais e o cotidiano: a questão da maternidade e da paternidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 9, nº 3, p. 535-546, 1993.
- TRÓCOLLI, B.T. et al. Representações de Doenças e Sintomas em pessoas leigas: dados preliminares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 6, nº 3, - 281-293.
- VINACCIA, S. Psicologia de la salud en Colombia. **Revista Latino-americana de Psicologia**, vol.21 (2) 255-260, 1989.
- WEBER, L.N. D. . A Representação Social do Psicólogo em Curitiba. **Revista Psicologia e Argumento**. Ano XII, nº XV, p73-90, 1989.

WEBER, L. N. D. RICKL, A. , LIVISKI, J.D. Atuação e Formação do Psicólogo como fatores que influenciam a Representação Social da Psicologia. **Revista Psicologia e Argumento**. Ano XII, nº XV, setembro, p71-88, 1994.

ANEXOS

ANEXO 1: PERFIL DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA – RESULTADOS

IDADE	Percentil	Frequência
20 - 30	17,9	14
30 - 40	52,2	41
40 - 50	25,7	20
> 50	3,9	3
TOTAL	100	78

SEXO/EST.CIVIL	Solt.	Cas.	Divorc.	Viúvo	Separado	TOTAL
Feminino	23	42	3	1	4	73
Masculino	4	7	0	0	1	12
TOTAL	27	49	3	1	5	85

GRAD./ ANO CONCLUSÃO	70-79	80-89	90-96
UFC	3	24	22
UNIFOR	0	3	19
OUTROS	4	1	1
SI	2	5	1

Especialização	%	Freq	Mestrado	%	Freq
SIM	45,9	39	SIM	5,9	5
NÃO	54,1	46	NÃO	94,1	80
Total	100	85	Total	100	85

NATUREZA DA EMPRESA / VINCULO DE TRABALHO	CLT	ESTATUTÁRIO	AUTÔNOMO	VOLUNTÁRIO	TOTAL
PARTICULAR	5	0	7	0	12
MUNICIPAL	4	13	6	0	23
ESTADUAL	4	18	7	1	30
FEDERAL	7	5	0	1	13
NÃO SE ENQUADRA	4	0	1	0	5
TOTAL	24	36	21	2	83

JORNADA SEMANAL / REMUNERAÇÃO (em salários mínimos)	1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	TOTAL
8-19 horas	7	2	0	1	10
20-29 horas	23	16	1	0	40
30-39 horas	6	8	2	0	16
40 horas	1	7	1	2	11

TOTAL	37	33	4	3	77
-------	----	----	---	---	----

SETOR DE ATUAÇÃO x NÍVEL DE ATUAÇÃO				
	PRIMÁRIO	SECUNDÁRIO	TERCIÁRIO	TOTAL
CONSULTÓRIO	0	2	3	5
HOSPITAL	0	8	23	31
UNIDADE BÁSICA	25	2	0	27
AMBULATÓRIO SM	1	15	1	17
TOTAL	26	27	27	80

ANEXO 2 : ROTEIRO PARA ENTREVISTA DA CLIENTELA

Tema 1 : Processo Saúde-doença:

1. Fale-me sobre o problema que lhe trouxe até aqui. O que aconteceu com você? Desde quando tem este problema?
2. Por que você acha que adoeceu? O que aconteceu para você adoecer?
3. Descreva, para mim, a parte do seu corpo que está doente. O que lhe parece? Com o que está relacionada? Como funciona esta parte de seu corpo? Quais os tipos de doença que ela causa?
4. Qual a gravidade que você atribui à sua doença? Em sua opinião você demorará para ficar boa ou se recuperará logo?
5. Antes de vir para cá, você já falou sobre seu problema com outras pessoas como. Por exemplo, padre, pastor, pai - de - santo, rezadeira, etc. ?
6. Você já tentou algum tratamento antes deste? Qual? Você teve algum resultado? Qual? O que você espera com o resultado deste tratamento?
7. Quais os problemas ou complicações que sua doença lhe causou até agora?
8. Você pode descrever como você era antes dessa doença?
9. Alguém da sua família ou entre seus amigos já teve um problema parecido com o seu? Você encontra alguma relação entre os dois problemas? Qual?
10. O que você acha mais sobre sua doença? Quer falar mais alguma coisa sobre sua doença?

Tema 2: Prevenção

11. O que você acha que pode fazer para evitar que uma doença como a sua ocorra novamente?

Tema 3: Relação Psicólogo-Paciente

12. Alguma vez você falou assim sobre sua doença com o seu(sua) psicólogo(a) ? Como o psicólogo lhe falou sobre sua doença? O que ele(ela) lhe mandou fazer para melhorar? Quanto tempo você vem fazendo isso? Teve alguma melhora?
13. O que você acha que o seu(sua) psicólogo(a) podia fazer para você se sentir melhor?

Tema 4: Conceito de Saúde

14. O que é Saúde, para você?

Tema 5: Ação do Psicólogo na Saúde

15. Na sua opinião para que serve o psicólogo na Saúde?

Roteiro adaptado do “Eliciting Patients explanatory illness models” do Dr. Arthur Kleinman (Departamento Anthropology, Harvard University)

ANEXO 3: ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS PSICÓLOGOS

Tema 1 : Processo Saúde-doença:

1. Fale-me sobre o problema que trouxe fulano(a) até aqui. O que aconteceu com ele(ela)? Desde quando tem este problema?
2. Por que você acha que ele(ela) adoeceu? O que aconteceu para ele(ela) adoecer?
3. Descreva, para mim, a parte do corpo dele(dela) que está doente. O que lhe parece? Com o que está relacionada? Como funciona esta parte de seu corpo? Quais os tipos de doença que causa?
4. Qual a gravidade que você atribui à doença dele(dela)? Em sua opinião ele(ela) demorará para ficar boa ou se recuperará logo?
5. Antes de vir para cá, ele(ela) já falou sobre o problema com outras pessoas como, por exemplo, padre, pastor, pai-de-santo, rezadeira, etc. ?
6. Ele(ela) já tentou algum tratamento antes deste? Qual? Ele(ela) teve algum resultado? Qual? O que você espera com o resultado deste tratamento?
7. Quais os problemas ou complicações que a doença dele(dela) causou até agora?
8. Você pode descrever como ele(ela) era antes dessa doença?
9. Alguém da família dele(dela) ou entre seus amigos já teve um problema parecido? Você encontra alguma relação entre os dois problemas? Qual?
10. O que você acha mais sobre a doença dele(dela)? Quer falar mais alguma coisa ?

Tema 2: Prevenção

11. O que você acha que pode fazer para evitar que uma doença como a dele(dela) ocorra novamente?

Tema 3: Relação Psicólogo – Paciente

12. O que você lhe mandou fazer para melhorar? Quanto tempo você vem fazendo isso? Teve alguma melhora?
13. O que você acha que você podia fazer para ele(ela) se sentir melhor?

Tema 4: Conceito de Saúde

14. O que é Saúde, para você?

Tema 5: Ação do Psicólogo na Saúde

15. E quanto a você, como você se vê, enquanto psicólogo, com relação à Saúde? Foi sempre assim?

Tema 6: Atuação na área

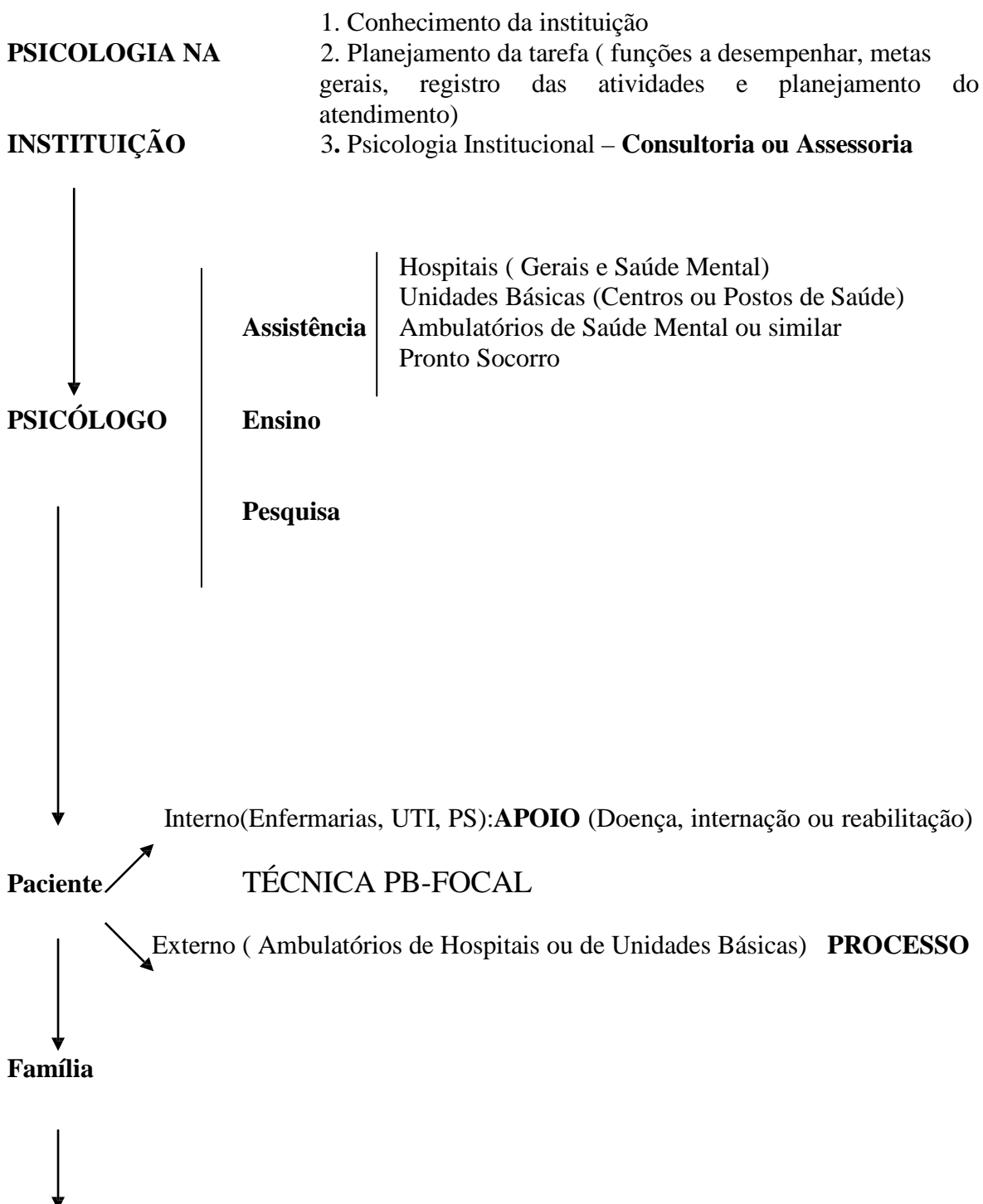
16. Por que você escolheu a área de Saúde Pública como atuação? Você encontra alguma dificuldade nesta área ? Qual?

Tema 7: Formação na área

17. Na sua formação, você teve oportunidade de vivenciar experiências deste tipo? Qual a formação que você considera necessária para a atuação na área da Saúde Pública?

Roteiro adaptado do “Eliciting Patients explanatory illness models” do Dr. Arthur Kleinman (Departamento Anthropology, Harvard University)

ANEXO 4 - ESQUEMA DAS ATIVIDADES DO PSICÓLOGO NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE



Equipe

ANEXO 5 : QUADRO SUGESTIVO DE ATIVIDADES PARA OS PSICÓLOGOS NA SAÚDE (Baseado em Leavell e Clark, História natural da doença)

PERÍODO PRÉ - PATOGÊNICO		PERÍODO PATOGÊNICO	
Prevenção nas crises	Prev. Primária	Prev. Secundária	Prev. Terciária
<p>Crises evolutivas ou acidentais</p> <p>Níveis naturais e patológicas</p> <p>Objetivo do terapeuta: *supressão da ansiedade ou alívio do sintoma; * fortalecimento do ego e das defesas adaptativas</p>	<p>Promoção à saúde:</p> <p>* integração à programas gerais em saúde pública esclarecendo a função do psicólogo</p> <p>* participação nos conselhos e nos movimentos de saúde</p> <p>* palestras e cursos à comunidade envolvendo temas gerais e específicos da Psicologia</p>	<p>Diagnóstico precoce:</p> <p>*escala de Simon</p> <p>*grupos de orientação (de pais, professores, gestantes, equipe de saúde etc.)</p> <p>*grupos de espera</p> <p>*estimulação e tratamento precoce</p>	<p>Reabilitação:</p> <p>*grupos de reabilitação</p> <p>*trabalhos com equipes reabilitadoras</p> <p>*apoio ao paciente terminal e sua família (grupos de suporte ou operativos)</p>
<p>Períodos: * de desenvolvimento humano: gravidez, parto, lactância, infância, puberdade, adolescência, maturidade, senescência. *acontecimentos significativos: casamento, divórcio, adoção, luto. * acontecimentos críticos: mudanças, imigração, desastres econômicos, acidentes etc.</p>	<p>Proteção específica:</p> <p>*identificação dos fatores de risco</p> <p>*atuação em momentos mais específicos da vida quanto à sexualidade, orientação profissional, vocacional, matrimonial</p> <p>*aconselhamento genético</p> <p>*atendimento ao desnutrido</p>	<p>Tratamentos</p> <p>A curto prazo: *Psicoterapia breve-focal *Terapia familiar sistêmica</p> <p>A longo prazo: *terapias psicodramáticas, gestaltterapia etc.</p> <p>Estratégias: *trabalhos grupais</p>	
		<p>Limitação da invalidez ou da doença:</p>	

		*grupos de apoio (alcoolidas, epilélicos, obesos, toxicômanos, diabéticos, hipertensos, hansenianos, colostomizados etc.)	
--	--	--	--