

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ENTRE A CRUZ E A ESPADA

As Representações Sociais de Saúde e Ideologia em Psicólogos

na cidade de Florianópolis

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Psicologia, orientada pela Profa. Dra. Andréa Vieira
Zanella.

Regina Maria Bastos Ferreira

FLORIANÓPOLIS

2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA


Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado

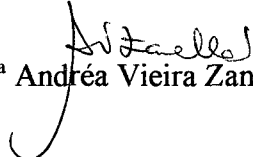
***ENTRE A CRUZ E A ESPADA: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE E IDEOLOGIA EM PSICÓLOGOS NA CIDADE DE
FLORIANÓPOLIS/SC***

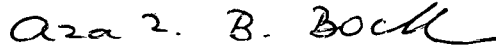
Regina Maria Bastos Ferreira

Dissertação defendida como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Linha de Pesquisa Práticas Sociais e Constituição do Sujeito da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:


Profª Drª Maria Juracy Toneli Siqueira
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:


Profª Drª Andréa Vieira Zanella (UFSC)
Orientadora


Profª Drª Ana Mercês Bahia Bock (PUC-SP)


Profª Drª Maria Aparecida Crepaldi (UFSC)

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM, 14/11/2001.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas para quem tenho trabalhado como psicoterapeuta.

Aos profissionais que colaboraram com este estudo, que, para além de suas falas, me deram uma parcela de suas experiências e possibilitaram uma melhor compreensão e reflexão sobre a minha.

A Louise Amaral Lhullier, pela acolhida inicial, pelo incentivo e confiança neste trabalho, por seu carinho e amizade.

À minha orientadora Andréa Vieira Zanella, pela acolhida, paciência e direcionamento carinhosos e imprescindíveis em momento decisivo desta trajetória.

Aos demais professores e colegas do Mestrado em Psicologia, e à querida Janete.

À minha mãe, pela presença carinhosa e exemplo ético constantes em minha vida.

Aos meus irmãos mais velhos, Murilo, por me ensinar a apreciar as estrelas; Ricardo, por me ensinar a apreciar as estrelas com os pés no chão; e a Maria Beatriz, por me ensinar a apreciar as estrelas com os pés no chão e ainda compartilhá-las.

Aos meus filhos, Roberta, pelo incentivo carinhoso constante e pelo exemplo promissor de uma Psicologia melhor; Thiago, pelo carinho, paciência e bom humor com que me ajudou nas questões de informática.

À querida amiga Iolita, que compartilhou comigo horas de dores e de alegrias nesta trajetória.

À psicóloga e amiga Maria Celina Lenzi, pelo incentivo e ajuda no início desta caminhada.

Aos psicoterapeutas Maria Goretti B. Zommer e Angelo C. Minieri, pelo incentivo e exemplo de postura profissional comprometida com a ética das formações complementares.

Ao meu querido companheiro Angelo.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.1 A Teoria das Representações Sociais.....	13
1.2 Ideologia: concepção crítica.....	19
1.3 Representações Sociais e Ideologia: uma articulação.....	30
1.4 Representações Sociais de Saúde: algumas considerações.....	34
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	38
2.1 Pressupostos epistemológicos.....	38
2.2 Procedimentos metodológicos.....	41
2.2.1 Procedimentos utilizados para escolha dos participantes e coleta das informações.....	41
2.2.2 Procedimentos utilizados na análise do material coletado.....	43
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	46
3.1 O Grupo de Participantes: um retrato de si e de suas escolhas profissionais.....	46
3.2 A perspectiva de saúde.....	54
3.2.1 O significado de saúde.....	54
3.2.2 A relação entre Psicologia e saúde.....	59

CAPÍTULO IV – INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	65
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
ANEXO 1.....	118

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo identificar as representações sociais de saúde em psicólogos, sendo a análise empreendida no sentido da articulação dos conceitos de RS e Ideologia. Participaram deste estudo oito psicólogos que exercem suas atividades profissionais na cidade de Florianópolis/SC. O procedimento utilizado para coleta de informações foi entrevista semi-estruturada. As informações colhidas foram analisadas e interpretadas a partir da concepção crítica de ideologia proposta por John B. Thompson, na qual uma forma simbólica só é ideológica quando serve para sustentar relações de dominação em circunstâncias e contextos específicos. As categorias temáticas adotadas foram: representação social de saúde, a relação entre saúde e Psicologia, o modo de aplicação do que se entende por saúde na prática, e o papel do psicólogo no que se refere à saúde das pessoas. As interpretações indicam que as representações sociais a respeito de saúde na maioria dos profissionais entrevistados mantêm binômios e expressam as idéias liberais e positivistas, o que denota que o discurso psicológico continua servindo para sustentar relações de dominação. Indicam a insuficiência da superação desses binômios pelo conhecimento específico da prática clínica. Apontam para a necessidade de uma reflexão articulada sobre saúde na formação em Psicologia, pela aproximação da prática clínica com a Psicologia Social, com a Psicologia da Saúde e, especialmente, com a Saúde Pública.

Palavras-chave: Ideologia; Psicologia; Saúde; Representação Social.

ABSTRACT

The research carried out focuses on social representations towards health by practitioner psychologists and the analysis deals with the articulation of Social Representation and Ideology. The study was accomplished with eight psychologists that hold their activities in Florianópolis/SC. The technique used for gathering the data was the semi-structured interview. All collected information has been analyzed and interpreted from the John B. Thompson critical conception of ideology, in which a symbolical form is only ideological as long as it helps sustaining domination relationships, under specific circumstances and contexts. The adopted thematic categories were: social representation of health, the relationship between Psychology and health, the psychologist practical health application, and the psychologist's part on people's health. The interpretations indicate that the social representations towards health from most of the interviewed professionals maintain dichotomies and express the positivist and liberal ideas, what shows that the psychological speech keeps on holding domination relationships up. They indicate the lack of specific clinical practice knowledge overcoming these dichotomies, and they pinpoint the necessity of an articulated thought on health in the Psychology formal education through an approximation of clinical practice and its theoretical approaches to Social Psychology, to Health Psychology, and chiefly to Public Health.

Keywords: Health; Ideology; Psychology; Social Representation.

“Uma outra vez quis saltar um brejo, mas quando me encontrava a meio caminho, percebi que era maior do que imaginara antes. Puxei as rédeas no meio do meu salto, e retornei à margem que acabara de deixar, para tomar mais impulso. Outra vez me saí mal e afundei no brejo até o pescoço. Eu certamente teria perecido se, pela força de meu próprio braço, não tivesse puxado pelo meu próprio cabelo preso em rabicho, a mim e a meu cavalo que segurava fortemente entre os joelhos.”

Raspe

INTRODUÇÃO

No universo social contemporâneo, onde os discursos e/ou práticas sobre os fenômenos psíquicos ou subjetivos atingem proporções cada vez maiores, a Psicologia é interpelada sobre a especificidade do seu conhecimento em espaços cada vez mais diferenciados/diferenciadores: na instituição, na empresa, na escola, no esporte, no trânsito, etc. A diversidade de lugares de atuação e a multiplicidade de enfoques que dizem dos fenômenos psíquicos ou subjetivos que ela precisa dar conta ultrapassam as fronteiras de áreas tradicionais como o da clínica, organizacional e escolar, ou, numa versão mais atual, da saúde, do trabalho, educacional.

Utilizando conhecimentos para intervir sobre a realidade, o psicólogo está envolvido na tarefa de responder sobre o próprio conhecimento produzido pela ciência psicológica. Construindo e atravessando a ponte de mão dupla entre ciência e profissão, precisa estar constantemente refletindo, criando e/ou legitimando um determinado discurso e intervenções sobre os fenômenos psicológicos. E com que finalidade?

Entendemos que todo profissional protagoniza um ato de compromisso em determinada situação e que esta ação se realiza no processo de mudança. Isso porque a estrutura social é obra dos homens, portanto nossa, e exige um aprofundamento constante desta ação sobre a realidade (Freire, 1985). De uma maneira geral, para que sua ação seja transformadora, o psicólogo brasileiro precisa estar comprometido com a construção da cidadania, o que pressupõe uma postura engajada na consolidação da democracia em nosso país.

Por sua vez, a amplitude e alcance de seu compromisso não estão delimitados a priori, por referenciais teóricos, modalidades ou locais de atuação. Mesmo na especificidade do trabalho individual no “consultório”, por exemplo, onde se supõe uma distância tal da realidade que implicaria em maior lentidão ou dificuldade de se obter resultados transformadores em nível coletivo, o psicólogo é confrontado com a pertinência do posicionamento ético-político de seu projeto profissional. Nesse sentido, para além das abordagens teóricas, áreas, modalidades e locais de sua atuação, o compromisso com a mudança social é delimitado muito mais pela clareza de suas pretensões (Carrara, 1996), ou seja, pela escolha de um caminho a ser percorrido na contramão da ideologia dominante.

Essa, porém, não tem sido a característica da construção do pensamento científico de modo geral, e nem da ciência psicológica nesses poucos mais de um século de existência. Isso porque toda teoria psicológica funda-se em uma determinada concepção de homem, e considerando a história social de sua constituição, este tem sido pensado, na ciência do século XX, a partir da idéia de natureza humana enquanto essência originária universal e eterna. A atuação dessa essência do homem se daria *pari passu*, conforme os estímulos adequados fossem recebidos do meio social e cultural.

A ciência psicológica, portanto, também tem sido porta-voz desse pensamento dominante, por naturalizar o homem ao invés de historicizá-lo e de tomar o psiquismo como um *a priori* a ser desenvolvido no homem, desconsiderando as condições materiais constitutivas desse psiquismo. Os critérios de “normalidade”, cujas explicações e compreensões são descontextualizadas da realidade sócio-cultural, constituem-se, na verdade, em modelos e referências historicamente interessados que se transvertem em formas dominantes do homem ser/estar no mundo.

O mundo a que tais critérios servem é um mundo onde a idéia da autonomia individual descola o homem de suas condições sociais, é um lugar onde prevalecem as concepções liberais e positivistas. Enquanto visão predominante de mundo, o liberalismo está fundamentado na idéia de que a condição própria de homem, enquanto ser moral, dota-o do direito inalienável de ser livre para desenvolver suas potencialidades inatas e poder, assim, ser *indivíduo*.

“O individualismo, enquanto valor subjacente à doutrina liberal, acredita terem os homens propriedades universais e os indivíduos, em sua particularidade, características e atributos diversos, e é de acordo com eles que ficam determinados seus lugares sociais. O indivíduo escolhe, dedica-se e se responsabiliza pelo desenvolvimento desses atributos, que são, na verdade, seu potencial, potencial este que deve encontrar condições ideais para seu desenvolvimento. Dadas as condições sociais adequadas, o indivíduo torna-se o único responsável pelo seu sucesso ou fracasso” (Bock, 1997, p.32).

Sermos indivíduo - único responsável por nossos sucessos ou fracassos; único e irrepetível - soa-nos por vezes tão familiar, que chegamos mesmo a considerar que ser indivíduo é natural do homem, da vida. Mas, ainda que assim nos pareça, indivíduo é, na verdade, uma noção construída historicamente pela sociedade burguesa, na época de sua ascensão ao poder e das revoluções da burguesia, como consequência do advento do capitalismo no século XVIII (Catani, 1980).

A noção de indivíduo está ancorada nas noções dos direitos naturais “à liberdade”, “à autonomia” e “à igualdade”, enquanto idéias engendradas processualmente durante as transformações das formas de produção advindas do capitalismo. Isso possibilitou a mobilidade necessária para a emancipação da burguesia e sua ascensão ao poder, em contraposição à estabilidade social preconizada pelo domínio da aristocracia e do clero no período feudal anterior.

Ao longo de sua existência, a ciência psicológica tem contribuído para manter essa noção de indivíduo, o que é muito claro no que se refere às suas concepções de saúde. E é para o cenário da saúde que voltamos nossa atenção e buscamos nosso objeto de estudo.

Embora atuando em campos multifacetados, desde sua origem a Psicologia tem nas questões da saúde uma preocupação central, primordialmente nos fenômenos conhecidos como “desordens psíquicas” ou “distúrbios psicológicos” (Sawrey e Telford, 1971), específicos do campo denominado saúde mental. É claro que não compete à Psicologia apenas o estudo da saúde mental, cuja separação da saúde somática pode ser didaticamente pertinente, mas não no exercício da profissão. A saúde mental e somática configura-se de forma única dentro do sistema da saúde humana, e é necessário encontrar e explicar as diversas formas em que ambas se integram no curso desse processo (González Rey, 1997).

As histórias dos conceitos subseqüentes de *saúde* e *saúde mental* são distintas, porém ambos carregam significados que dizem da sua trajetória, das lutas políticas, dos espaços que ocupam e de suas transformações. A orientação da Psicologia no campo da saúde foi definida durante muito tempo a partir da psicologia clínica, especialmente estimulada pelo desenvolvimento da psicanálise, que abriu um leque de teorias psicológicas e psicopatológicas para sistematizar os dados colhidos em seus métodos de investigação e de tratamento.

Em decorrência, a literatura psicológica centrou-se muito mais no problema da doença (psicopatologias) do que propriamente na elaboração teórica do conceito de saúde. Sua aplicação, seguindo essa lógica predominante, debruçou-se durante muito tempo sobre inúmeras tentativas de classificação dos sujeitos em saudáveis ou não saudáveis; inteligentes

ou não inteligentes; aptos ou inaptos ao trabalho; psicóticos ou neuróticos, etc., classificações essas sustentadas nos mais diversos referenciais teóricos.

Entrando mais recentemente neste cenário, temos o desenvolvimento da psicologia da saúde, cuja ênfase na característica social e suas diferentes formas de intervenção profissional vem estimulando o trabalho dos psicólogos no âmbito de prevenção e promoção da saúde humana. Já a elaboração teórica de um marco alternativo que servisse de base a esta nova área não se desenvolveu com o mesmo ritmo que caracterizou o surgimento de novas formas de intervenção e práticas profissionais (González Rey, 1997).

Nesse cenário, o desenvolvimento da Psicologia no campo da saúde possui, até hoje, desafios que não se esgotam nas esferas da clínica e da psicologia da saúde, mas que comprometem todas as esferas da Psicologia em estreita relação. Um desses desafios é o desenvolvimento de uma construção teórica sobre saúde, que implica superar sua definição semiológica em termos da ausência de sintomas (González Rey, 1997).

Mas afinal, o que é saúde? Quais são seus conceitos ou noções? Embora não tenhamos a pretensão de esgotar a temática, resgataremos a seguir alguns conceitos que vêm sendo utilizados por profissionais de saúde, incluindo-se aí os psicólogos.

No dicionário escolar de 1992, de Silveira Bueno, Serrano encontrou saúde definida como: *“estado do que é são ou de quem tem as funções orgânicas no seu estado normal; vigor; robustez”*; no dicionário etimológico de 1988, daquele mesmo autor, encontrou saúde definida como *“sanidade, perfeito equilíbrio das funções vitais, vigor físico” que vem do*

latim “salutem”, do mesmo tema de “salvus”, salvar, salvação. Salvar, de “salvare”, é livrar de grave risco, de perigo de vida, redimir, libertar” (1998: 45-46).

Do ponto de vista da Saúde Coletiva, é uma norma comum que o termo *Saúde Mental* seja utilizado com iniciais maiúsculas, para se referir às instituições de cuidado e assistência à saúde e ao campo de saber que se materializa ao interno destas instituições e que delas vive. O termo *saúde*, em contrapartida, é utilizado com minúsculas para dizer do estado biológico individual. Por extensão à *saúde*, o termo *saúde mental* é então utilizado quando se faz referência tanto ao estado de higidez individual quanto a transtornos psiquiátricos (Serrano, 1998: xx).

Do ponto de vista do Estado, a conceituação de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde é a que segue: “A *Saúde*, que consiste num estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou enfermidade, é direito fundamental dos seres humanos; o acesso ao nível de saúde mais elevado possível é um objetivo social extremamente importante, que interessa ao mundo inteiro e supõe a participação de numerosos setores socioeconômicos, e não exclusivamente daqueles ligados à saúde” (OMS, 1990 apud Duchiate, 1999).

Na Constituição Brasileira encontramos: “A *saúde* é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção” (Brasil, 1988).

Na “Lei Orgânica de Saúde” (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990): “*A saúde tem como fatores determinantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país*” (apud Duchiate, 1999).

Todas essas definições de saúde do ponto de vista do Estado, resguardadas as suas diferenças, remetem a questão ao seu equacionamento de forma ampla, o qual depende das questões políticas e sociais e das ações específicas de promoção e recuperação da saúde de forma igual e integral para todos.

Sobre o campo da Psicologia, encontramos, no Dicionário de Ciências Sociais, esta definição: “*Saúde é um conceito frouxo, bem compreendido e aplicado na prática a uma vasta área do comportamento humano, porém não é unitário nem limitado, i.e., os critérios usados para definir saúde física e saúde mental não são necessariamente uniformes, nem existe um modo uniforme de distinguir saúde das demais condições humanas, como doença ou moléstia. As alterações na área do conhecimento humano levaram ao uso mutável do conceito. O emprego do termo varia conforme seja definido em termos de: a) critérios negativos ou positivos; b) concepções de normal; ou c) adaptação ao ambiente*” (Silva, 1987:2099).

Do ponto de vista da Saúde Pública, seguindo o pensamento de Santos *et alli.* (1999), o processo de reflexão sobre conceitos de saúde desvela várias perspectivas que vão tanto para a direção da prática assistencialista quanto para o redimensionamento da utopia filosófica a ser conquistada. Numa perspectiva sócio-econômica é possível uma visão mais abrangente

de saúde. O processo de saúde/doença não se restringe à sua inserção em uma área específica do conhecimento humano e, portanto, as dimensões dadas à saúde e à doença refletem a concepção da própria vida humana no contexto das relações sociais historicamente vividas.

Do ponto de vista das ciências sociais, há diversas maneiras de considerar saúde: *“Entendendo-a tal como ela e seu oposto a doença, são definidas em cada cultura; tomando como sua causa - ou do seu oposto – a relação entre o indivíduo e o ambiente”* (Silva, 1987).

Acompanhando o pensamento de Minayo, o conceito de Saúde retém ao mesmo tempo suas dimensões estruturais e políticas e contém os aspectos histórico-culturais de sua realização. Para a autora, saúde assim como doença *“constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos e revelam concepção de mundo. Através da experiência desse fenômeno, as pessoas falam de si, do que as rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressam também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social em seus substratos econômico-político e cultural. Saúde-doença são também metáforas de explicação da sociedade sobre ela mesma: de suas “anomias”¹ desequilíbrios e preconceitos, servindo como instrumento coercitivo ou liberador para o poder político se legitimar ou ser execrado”* (1994:193).

A autora destaca, na sua discussão, o caráter inexoravelmente social dos conceitos de saúde e doença e ligados a determinadas formas de explicação da realidade. O discurso dominante continua a manter binômios, porém necessário se faz compreender que se trata de uma leitura histórica que atende a determinados interesses e, portanto, a uma dada ideologia.

¹ Anomia: desorganização pessoal numa individualidade desorientada, desvinculada do padrão do grupo social.

Esta se difunde nos discursos e práticas profissionais na medida em que muitas se apóiam no senso comum.

Esse quadro pode ser ampliado em setores onde o conceito de saúde não é claro, embora constitua campo de interação consolidado, como é o caso da Psicologia. No presente estudo essa discussão será aprofundada, pois nossa perspectiva é a de que o psicólogo é um profissional de saúde cujo trabalho está intimamente relacionado às condições de vida de sua sociedade e pela aplicação dos conhecimentos e técnicas da Psicologia para que essas condições sejam mais satisfatórias. O trabalho desses profissionais pode estar sendo realizado nos mais diversos locais, mas entendemos que pensar a saúde das pessoas implica em pensar as condições objetivas e subjetivas de vida indissociadamente. O específico do profissional na promoção da saúde é o de trabalhar para que as pessoas possam cada vez mais compreender a sua inserção nas relações sociais e a sua construção histórico-social humana (Bock, 1995).

Além disso, a realidade psicológica não provém de uma suposta natureza humana, ela é construída nas práticas contingentes, socio-historicamente. Em parte, essa construção é erguida pela maneira com que os fenômenos psicológicos são representados e compartilhados. Podemos, então, dizer que os psicólogos estão auxiliando na configuração da realidade psicológica pelos conhecimentos que fazem incidir/elaboram sobre a realidade. Os fatos, objetos e situações que lhes dizem respeito estão articulados nas especificidades do seu *saber/fazer/dizer*, provenientes não apenas de seu conhecimento teórico e das representações estruturadas pelos objetivos de sua ação, mas também pelos dados de sua própria realidade.

E se, desde sua origem, a Psicologia tem nas questões de saúde uma preocupação central, também a noção de saúde tem sido definidora da identidade dos psicólogos ao longo

de sua formação. Complementando e reforçando tanto as concepções dos fenômenos psicológicos quanto as concepções de homem, pode expressar idéias adaptativas, naturalizantes e abstratas, sem fazer a devida relação com a condição humana e que tem seus fundamentos na ideologia dominante (Bock, 1997).

Dentro de um universo diversificado para sua ação e com uma multiplicidade de enfoques teóricos, o psicólogo encontra um caminho de fazer Psicologia e constrói/difunde um discurso sobre saúde, em que aquelas idéias estarão presentes e serão compartilhadas no contexto de sua prática, em parte, através de suas representações sociais. Essas formas simbólicas, que são as representações sociais de saúde, podem estar servindo para criar ou manter relações de dominação dentro daquele contexto. Interpretando-as, deste modo, como ideológicas, poderemos abrir uma possibilidade de reflexão crítica das relações de poder e dominação do discurso psicológico no contexto da saúde o que em princípio inclui a reflexão dos sujeitos desta pesquisa inseridos nessas relações.

Deste modo, vamos ao encontro de uma tendência atual da Psicologia enquanto Ciência Social, da tendência de pesquisa em Psicologia enquanto Ciência e Profissão, com o objetivo de construir referencial que dê suporte à formação em Psicologia enquanto profissão de promoção de qualidade de vida, além de contribuir para o estudo das Representações Sociais e Ideologia.

Para dar conta desse propósito, este trabalho organiza-se da seguinte forma:

No Capítulo I - Referencial Teórico, apresentamos em primeiro lugar a Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici (1978, 1981), cuja incorporação ao campo da

Psicologia Social tem possibilitado avanços significativos com relação ao saber de senso comum e à construção e interpretação do real, bem como à leitura dos fenômenos psicológicos do ponto de vista social e cultural. Em seguida, apresentaremos o referencial sobre ideologia que fundamenta o enfoque da *concepção crítica de ideologia* que tem em Thompson (1995) um de seus representantes. Passaremos depois para uma articulação entre Representações Sociais e Ideologia, quando destacaremos as características intrínsecas dessas formas simbólicas à luz da *concepção crítica de ideologia* e faremos referência aos principais autores que trabalham com este tipo de articulação teórica. Finalmente, neste capítulo, teceremos algumas considerações sobre representações sociais de saúde e falaremos da bibliografia relacionada especificamente ao tema.

No Capítulo II – Metodologia, apresentamos os pressupostos epistemológicos que nortearam nossa pesquisa, onde fundamentamos a investigação, as técnicas utilizadas na investigação bem como a relação que elas estabelecem no estudo das representações sociais de saúde dos psicólogos, de maneira ampla. Descrevemos os procedimentos metodológicos – que encontraram na Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1995) enfoque apropriado – do estudo e compreensão das representações sociais de saúde dentro dos níveis sócio-histórico, formal ou discursivo e interpretação/reinterpretação. Apresentamos também os participantes e a maneira com que colhemos nossas observações.

No Capítulo III - Apresentação e Análise dos Dados, trazemos as informações de pesquisa coletadas, buscando desenvolver uma análise discursiva.

No Capítulo IV - Interpretação dos Dados, prestamos ainda mais atenção às informações analisadas na etapa anterior de modo a empreendermos a compreensão dos dados por uma interpretação/reinterpretação à luz da *concepção crítica de ideologia*.

Finalmente, no Capítulo V – Conclusão, teceremos algumas considerações finais sobre este trabalho.

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO

Para dar conta de nosso estudo, apresentamos neste capítulo a *Teoria das Representações Sociais* (TRS) e depois a *concepção crítica de ideologia*, que se constituem como campo referencial, relacionando-os na seqüência; por fim, trazemos algumas considerações sobre representações sociais de saúde mais especificamente.

1.1 A Teoria das Representações Sociais

No campo da Psicologia Social, a questão das Representações Sociais tem suscitado muitos debates e volumosa produção científica nos últimos anos. Para muitos psicólogos e pesquisadores, esta teoria tem representado “a possibilidade mais promissora de superação do pensamento dicotômico: indivíduo e sociedade – ou psicológico e social” (Lhullier, 1997:124).

No Brasil, o interesse por esta teoria no final da década de 70 esteve relacionado ao próprio desenvolvimento de uma postura mais crítica da Psicologia Social e essa teoria tem sido discutida e criticada ao longo do tempo; reformulada e empregada em inúmeros trabalhos científicos, como por exemplo: Lane (1993); Spink (1993; 1995; 1996); Bock (1993); Guareschi (1996; 1997; 2000); Sá (1993); Sawaia (1993); Crepaldi (1995); Lima (1996); Lhullier (1997); Nascimento-Schulze (1999); Camargo (2000); Oliveira e Werba (1998); Serrano (1998); Oliveira (2000); Sá e Arruda (2000), Avi (2000).

Ao publicar sua obra "*La Psychanalyse: son image et son public*", em 1961, Moscovici inaugurou o conhecimento que cunhou de Representações Sociais, o qual teve por objetivo investigar de que maneira uma teoria científica, naquele caso a psicanálise, modificasse ao ser assimilada pela sociedade (Moscovici, 1978).

Ao estudarmos as representações sociais (RS), focalizamos tanto a forma com que os homens pensam ou criam suas realidades partilhadas quanto o conteúdo de seus pensamentos:

"Como os seres humanos tentam captar e compreender as coisas que os circundam e resolver os 'lugares-comuns', os 'quebra-cabeças' que envolvem seu nascimento, seus corpos, suas humilhações, o céu que vêem, os humores de seu vizinho e o poder a que se submetem: quebra-cabeças que os têm preocupado desde a tenra infância e que continuam a preocupá-los e oferecer-lhes tópicos para conversa" (Moscovici, 1981).

Embora Moscovici (1981) não tenha proposto um conceito "pronto" e "fechado", preferindo tratar essas formas simbólicas, que são *representações sociais*, como um fenômeno multidimensional, podemos dizer que as representações sociais são teorias sobre saberes populares, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real, em relação dialética com o meio. Podemos compreendê-las como uma forma de *pensamento social*, cuja origem acontece nas mesmas circunstâncias e simultaneamente à sua manifestação, e onde pensamento e palavras não são encarados como epifenômenos, pois os seres humanos não são meros receptores passivos ou simplesmente manipuladores de informações e nem suas ações já estão determinadas: são pensadores autônomos que produzem e comunicam representações constantemente.

Diz-nos aquele autor que enquanto a ciência é o modo de conhecimento que corresponde aos universos reificados, que tenta construir um mapa de forças, objetos e eventos que não sejam afetados por nossos desejos e consciência, as representações sociais, por sua vez, correspondem aos universos consensuais, que estimulam e dão forma ao pensamento coletivo, explicando coisas e eventos de tal forma que sejam acessíveis a cada um de nós e relevantes aos nossos interesses imediatos.

Deixando de lado três hipóteses – a do interesse, a do equilíbrio e a do controle –, que embora contenham alguns elementos de verdade em si são extremamente gerais tanto para justificarem a formação como para explicarem as propriedades cognitivo-afetivas das representações sociais, para Moscovici “*cada representação tende a tornar uma coisa desconhecida, ou não-familiar em geral, em algo familiar*”. Ou seja, confrontamo-nos geralmente com a dinâmica da familiarização, em que objetos, indivíduos e eventos são reconhecidos e compreendidos com base em encontros anteriores ou modelos. Nesse processo, a memória tende a predominar sobre a lógica, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e a imagem sobre a “realidade”; e o padrão de referência preferido é a confiança no familiar, para que possamos nos sentir “*em casa*” (1981).

Transferindo o que é perturbador e ameaçador em nosso universo, de um lugar remoto para um próximo, o ato de representar opera de modo a separar conceitos e percepções que estão usualmente associados, e também a integrá-los em contextos onde o incomum se torna familiar e o irreconhecível é amoldado a uma categoria reconhecida. A tensão básica que existe entre o familiar e o desconhecido é resolvida, no universo consensual, a favor do primeiro. Assim, as representações refletem sempre um incessante esforço para tomar alguma coisa que é não-familiar, ou que simplesmente sentimos como não-familiar, em algo ordinário

e imediatamente presente. Depois de um tipo de fissura no que é comumente percebida e concebida, “a mente” procede como que para restabelecer e curar, reconstituindo dentro o que estava fora. Tal processo é fonte de segurança e consolação, que dá ao grupo ou ao indivíduo um sentimento de continuidade depois da momentânea confrontação com uma descontinuidade e perda de significado (Moscovici, 1981).

Se a ciência anteriormente utilizou o senso comum como seu ponto inicial, despiando-o de seu caráter cotidiano, em nossos dias o senso comum corresponde à ciência com uma aparência de cotidiano. Isto quer dizer que não podemos negar que cada evidência, cada afirmação do dia-a-dia esconde, em sua própria banalidade, uma imensa quantidade de conhecimentos, uma cultura condensada e um mistério, que constitui sua força motriz e atração, continua Moscovici (1981).

Enquanto vertente psicossociológica renovadora, a abordagem das representações sociais de Moscovici condena a tradição norte-americana dominante, especialmente porque esta última se ocupava basicamente dos processos psicológicos individuais como algo tão vagamente social quanto *a presença real, imaginária ou implícita de outros indivíduos*, o que era proposto por Allport (SÁ, 1993).

O conceito de representações sociais teve suas origens na sociologia (Durkheim, 1970; 1978) e na antropologia (Lévi-Bruhl, 1922; 1971), onde serviu de elemento para a elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico. Foi proposta a partir dos conhecimentos sobre a comunicação e a semiótica e na busca de renovar e confirmar a especificidade da psicologia social (Moscovici, 1994:8-9).

Moscovici, então, não desenvolveu suas idéias num vázio cultural, mas apoiando-se nos fundadores das ciências sociais na França. E, procurando fazer frente à perspectiva ‘psicologista’ que se instalara na psicologia social, foi buscar uma contrapartida conceitual inicial em uma tradição sociológica tão extremamente oposta quanto a de Durkheim. Para este último, qualquer tentativa de explicação psicológica dos fatos sociais constituiria um erro bastante grosseiro (Sá,1993).

Mais especificamente, Moscovici desenvolveu suas idéias partindo do conceito de *representações coletivas* proposto por Durkheim. Este conceito, por sua vez, é derivado do pensamento de Wundt, para o qual haveria um *espírito dos povos*, representado na linguagem, no folclore e nas tradições locais, onde coletivamente se conservariam traços da memória emocional das comunidades e mesmo das nações e etnias. O sociólogo Émile Durkheim transportou a noção para a sociologia em 1898, difundido-se, a partir de então, uma noção de representações coletivas como conjuntos de crenças e saberes populares sistematizados, geralmente em forma de mitos e religião. Esta noção é pouco usada atualmente (Serrano,1998: xiii).

Partindo, então, do conceito de representações coletivas de Durkheim e reformulando-o para chegar no que ele denomina de representações sociais, Moscovici esclarece as diferenças entre os fenômenos de que Durkheim se ocupara e aqueles que ele julga deveriam atrair a atenção da psicologia social nos dias de hoje: “*As representações sociais em que estou interessado não são as de sociedades primitivas, nem as reminiscências, no subsolo de nossa cultura, de épocas remotas. São aquelas da nossa sociedade presente, de nosso solo político, científico e humano, que nem sempre tiveram tempo suficiente para permitir a sedimentação que as tornassem tradições imutáveis. E sua importância continua a crescer, em proporção*”

direta à heterogeneidade e flutuação dos sistemas unificadores – ciências oficiais, religiões, ideologias – e às mudanças pelas quais elas devem passar a fim de penetrar na vida cotidiana e se tornar parte da realidade comum” (Moscovici, 1981).

Desde Moscovici (1978; 1981) podemos dizer que as representações sociais são *teorias* sobre saberes populares, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real numa visão prática, em relação dialética com o meio. De qualquer modo, não há unanimidade sobre o conceito.

Recorremos ao glossário introdutório de Serrano (1998) para buscar primeiro o termo

Representação:

“Representação, palavra que evoca presença imponderável e intencional, é o artifício pelo qual a consciência conhece as coisas. O nome representação designa quaisquer estados e conteúdos da consciência, enquanto por ela apreendidos e nela presentes. Neste sentido, a representação compreende grande parte da estrutura da vida psíquica – sensações, percepções, imagens idéias ou conceitos – de que se ocupa, sobretudo, a psicologia. Conhecer significa tornar presente ao espírito ou consciência, como sujeito, algum conteúdo ou realidade, como objeto. Trata-se sempre de uma segunda presença, uma re-presentação da realidade conhecida, o que lhe confere novo modo de ser, para além das determinações e limites com que se apresenta na natureza. O termo remete, pois, ao conhecimento da realidade e à relação entre as palavras e os objetos significados (...)” (p. xii).

Isto quer dizer, então, que o termo *representar* está diretamente ligado a *pensamento*.

E *representação social* diz-nos de uma forma de *pensamento social*, cuja origem é explicada na psicossociologia, em razão de que a gênese das representações acontece nas mesmas circunstâncias e simultaneamente à sua manifestação.

As conversações, através das quais se elaboram os saberes populares e o senso comum, são os fenômenos sociais pelos quais podemos identificar e trabalhar de maneira

concreta as representações sociais. Isso não quer dizer que as conversações ou os saberes populares ou o senso comum devam ser considerados à parte, ou que somente eles expressem as representações sociais. Elas podem ser também encontradas, sob outras formas, nas ciências, nas religiões, nas ideologias. Considerar o senso comum como um protótipo dos fenômenos sociais em geral possui implicações políticas e ideológicas que seria importante discutir algum dia (Moscovici, 1994:9-10).

1.2 Ideologia: concepção crítica

Ideologia, como um termo específico, aparece pela primeira vez com Destutt de Tracy em 1801, a fim de designar a então emergente *ciência das idéias*. Tratando as idéias como fenômenos naturais de expressão da relação do corpo humano, enquanto organismo vivo, com o meio ambiente, Destutt elabora uma teoria sobre as faculdades sensíveis, responsáveis pela formação de toda idéia. Essas faculdades sensíveis seriam: querer (vontade), julgar (razão), sentir (percepção) e recordar (memória) (Chauí, 1983).

Destutt e outros (Cabanis, De Gérando e Volney, por exemplo) compunham um grupo de filósofos e políticos franceses que eram antiteológicos, antimetafísicos e antimonárquicos. (Chauí, 1983). Devido à sua preferência pela reflexão especulativa e intuitiva do mundo (Lima, 1996), o grupo foi então chamado por Napoleão de *os ideólogos*. Os ideólogos pertenciam ao partido liberal e foram partidários de Bonaparte, apoiando-o no golpe do 18 Brumário por considerarem que ele fosse um liberal continuador dos ideais da Revolução Francesa, e foram inclusive nomeados pelo então Cônsul como senadores ou tribunos. A decepção não tarda a chegar, e os ideólogos, ao vê-lo como um restaurador do Antigo

Regime, opõem-se a Bonaparte; são excluídos do Tribunado, sua Academia é fechada e eles passam então para o partido de oposição (Chauí, 1983).

Num discurso ao Conselho de Estado em 1812, Napoleão declarou que “*todas as desgraças que afligem nossa bela França devem ser atribuídas à ideologia, essa tenebrosa metafísica que, buscando com sutilezas as causas primeiras, quer fundar sobre suas bases a legislação dos povos, em vez de adaptar as leis ao conhecimento do coração humano e às lições da história*”. Ao inverter, deste modo, a imagem que os ideólogos tinham de si mesmos como sendo materialistas, realistas e antimetafísicos, a acusação infundada de Bonaparte acaba por estabelecer o sentido *pejorativo* aos termos “ideologia” e “ideólogos” (Chauí, 1983).

Depois de ter sido introduzido, originalmente, como um rótulo para uma suposta *ciência das idéias* e imbuído de toda a confiança e do espírito afirmativo do Iluminismo europeu que descrevia a ciência como um estágio perfeito final, o termo “ideologia” passou a ser uma arma de batalha política no terreno da linguagem. Utilizá-lo, hoje, significa empregar um conceito carregado dos traços desse seu itinerário intelectual complexo (Thompson, 1995).

Thompson (1995) nos relata que o projeto original de ideologia como ciência das idéias ligada a um total naturalismo permanecia nos últimos escritos de Destutt de Tracy. Quando tais escritos apareceram, no entanto, o conceito já havia adquirido o sentido novo e bastante diferente, ou seja, o sentido pejorativo dado por Napoleão no discurso ao Conselho de Estado em 1812. Os ataques de Bonaparte contra a ideologia e contra os ideólogos acirraram-se na mesma medida em que sua posição se enfraquecia dentro e fora da França.

Tais conflitos ocasionaram a dissolução e o esvaziamento do programa original de ideologia de de Tracy, mesmo com a restauração da dinastia dos Bourbon, em 1914, e com o conseqüente retorno de de Tracy a uma posição política influente.

Ao escorregar para a arena política e ser jogado contra os filósofos pelo então imperador sob estado de sítio, a conotação do termo ideologia começou a mudar: além de se referir à *ciência das idéias* (de Tracy), passou também a referir-se às *idéias mesmas* (a um corpo de idéias supostamente errôneas, divorciadas das realidades práticas da vida política - Bonaparte). Como conseqüência, não poderia mais se reportar sem equívocos ao espírito positivo do Iluminismo. Desde então, já se fazia presente a oposição básica entre um sentido positivo e neutro de um lado, e um sentido negativo e crítico de outro, que caracterizaram o conceito de ideologia (Thompson, 1995).

A generalidade ambiciosa do projeto de de Tracy, conforme Thompson (1995), na verdade acabou ajudando a abrir caminho para as disciplinas de pesquisa de campos particulares em profundidade, que não seriam mais impedidos pela pretensão de uma suposta ciência original. Ao mesmo tempo, o conceito de ideologia ficou ligado aos ideais da compreensão racional do mundo, inclusive do mundo sócio-histórico, e da autodeterminação racional dos seres humanos. Para de Tracy, essa ligação era direta e explícita: *a ideologia era uma ciência superior que iria facilitar o progresso nos afazeres humanos*; para Napoleão, era implícita e oposicional - *ideologia era a pretensa filosofia que tinha incitado à rebelião ao tentar determinar os princípios políticos e pedagógicos na base apenas do raciocínio abstrato*.

Chauí considera curioso que “se a acusação de Bonaparte é infundada com relação aos ideólogos franceses, não o seria se se dirigisse aos ideólogos alemães, criticados por Marx. Ou seja, Marx conservará o significado napoleônico do termo: o ideólogo é aquele que inverte as relações entre as idéias e o real. Assim, a ideologia, que inicialmente designará uma ciência natural da aquisição, pelo homem, das idéias calcadas sobre o próprio real, passa a designar, daí por diante, um sistema de idéias condenadas a desconhecer sua relação real com o real” (1983:25), assunto a que voltaremos adiante.

Em um sentido próximo ao do original, continua Chauí, o termo ideologia voltou a ser utilizado por Comte, possuindo então os dois significados: no primeiro, consiste naquela atividade filosófico-científica que estuda a formação das idéias a partir da observação das relações entre o corpo humano e o meio ambiente a partir das sensações; no segundo, passa a significar também o conjunto de idéias de uma época (“opinião geral” ou no sentido de “elaboração teórica dos pensadores de uma época”) (1983).

No positivismo de Comte, a transformação do espírito humano é explicada como um progresso ou evolução em três fases sucessivas: a fetichista ou teológica; a metafísica; e a positiva ou científica. Cada fase do espírito humano, então, o leva a criar um conjunto de idéias para explicar a totalidade dos fenômenos naturais e humanos e tais explicações, então, constituem a ideologia de cada etapa. Deste modo, ideologia é sinônimo de teoria, que por sua vez é produzida pelos sábios que recolhem, organizam, sistematizam e, sobretudo, corrigem as opiniões correntes, tratando de eliminar todo elemento religioso ou metafísico que apresentem. Enquanto teoria, a ideologia, deste modo, passa para um papel de comando sobre a prática dos homens. Os homens devem submeter-se aos critérios e mandamentos teóricos antes de agir, ou seja, seguir o lema positivista: “Saber para prever, prever para prover”. O

positivismo anuncia assim, no século XIX, o advento da tecnocracia do século XX. (Chauí, 1983). A concepção positivista de ideologia é considerada, ela própria, ideológica, o que poderemos ver com a concepção marxista que segue.

A acepção pejorativa do termo ideologia, inaugurada por Napoleão, acaba ganhando relevo com Marx e seus seguidores, na primeira metade do século XIX. Marx escreveu sobre a ideologia em geral, mas é no texto *A Ideologia Alemã* (1989) que caracteriza ideologia, numa análise que privilegia um pensamento historicamente determinado – o dos pensadores alemães posteriores a Hegel. Deste modo, Marx não separa a produção das idéias e as condições sociais e históricas nas quais são produzidas (Chauí, 1983).

A contribuição específica de Marx, segundo Thompson (1995), é a de ele ter assumido o sentido negativo, oposicional e implícito no uso do termo (como Napoleão), mas transformou o conceito, incorporando-o a um referencial teórico e a um programa político profundamente dependente do espírito do Iluminismo. Marx é, sem dúvida, a figura mais importante na história do conceito sobre ideologia; seus escritos, no entanto, não oferecem uma visão única e coerente.

Ao identificar vários contextos teóricos em que o conceito de ideologia se apresenta no trabalho de Marx, Thompson (1995) levanta concepções distintas de ideologia que designa como: a concepção *polêmica*, a concepção *epifenomênica* e a concepção *latente*. A concepção *polêmica* pode ser observada, segundo o autor, no contexto específico da crítica de Marx e Engels aos jovens hegelianos (Feuerbach, Bauer e Sterner) no texto *A Ideologia Alemã* (1989). Seguindo o uso pejorativo utilizado por Napoleão, Marx e Engels, então polemicamente, procuram desacreditar as visões dos jovens hegelianos, consideradas

“ideológicas” porque valorizavam demasiadamente o papel das idéias na história e na vida social e porque opor idéias a idéias, lidar com sentenças, como eles faziam, não modificaria o mundo. Nesse sentido, ideologia é *“uma doutrina teórica e uma atividade que olha erroneamente as idéias como autônomas e eficazes e que não consegue compreender as condições reais e as características da vida sócio-histórica”*.

A concepção *epifenômica* já estaria evidenciada em *A Ideologia Alemã*, mas emerge melhor do prefácio de *Uma Contribuição à Economia Política*, de 1859, e de outros lugares. O conceito de ideologia adquire um papel mais geral na caracterização feita por Marx e Engels da estrutura social e da mudança histórica. Essa concepção vê a ideologia como *“um sistema de idéias que expressa os interesses da classe dominante, mas que representa relações de classe de uma forma ilusória”*.

A concepção *latente* diz de partes do trabalho de Marx, onde esse movimento da história aparece de forma menos direta, de modo que Thompson (1995) encontra elementos para uma concepção diferente de ideologia: *“É um sistema de representações que servem para sustentar relações existentes de dominação de classes através da orientação das pessoas para o passado em vez de para o futuro; ou para imagens e idéias que escondem as relações de classe e desviam da busca coletiva de mudança social”*.

É descrita como latente porque, em primeiro lugar, Marx não utiliza o termo “ideologia” nos contextos onde essa concepção aparece, mas sim fala em “ilusões”, ou em “idéias fixas” ou “espíritos”, ou “fantasmas” a despertar no meio do povo suas superstições e preconceitos. Em segundo lugar, é latente porque se refere a um conjunto de fenômenos que não se enquadram no marco referencial teórico esboçado por Marx no *Prefácio* de 1859, e

nem na análise da era moderna do *Manifesto*. Trata-se, na verdade, de fenômenos que são construções simbólicas que têm certo grau de autonomia e eficácia, constituídas por símbolos e “slogans”, costumes e tradições, que podem sustentar as relações e assim impedir as mudanças sociais, por sua prevalência ou difusão. Afastando-nos a atenção das idéias abstratas de doutrinas filosóficas e teóricas, essa concepção focaliza as maneiras como os símbolos são usados e transformados em contextos sociais específicos. Assim, precisamos examinar as maneiras como as relações sociais são criadas e sustentadas por formas simbólicas que circulam na vida social, aprisionando e direcionando as pessoas.

O conceito de ideologia, depois de Marx, assumiu papel preponderante dentro e fora do marxismo, bem como nas disciplinas emergentes nas ciências sociais. Os usos do termo e a literatura sobre ideologia são amplos. Thompson (1995) realça, no entanto, uma tendência central dessa literatura, qual seja, *a neutralidade do conceito de ideologia*. Em Marx, o sentido negativo, contraditório, adquirido das mãos de Napoleão, foi preservado. Redirecionado de várias maneiras, o sentido de negatividade, no entanto, era comum a todos os escritos de Marx. Mas, na literatura subsequente, o conceito tende a perder tal sentido negativo; tanto dentro do marxismo como dentro das disciplinas emergentes das ciências sociais, o conceito de ideologia tende a ser neutralizado de maneiras diversas.

Para o autor (1995), a neutralização do conceito de pós-marxistas como em Lênin e Lukács foi resultado de uma generalização implícita do que ele chamou de *concepção epifenomênica* de ideologia, adaptada às exigências da luta de classes, que eliminou, ao mesmo tempo, o que denomina de o aspecto assimétrico daquela concepção. As idéias constitutivas da ideologia expressam os interesses **da** classe dominante e não os interesses **de** classes como tais.

Deste modo, Thompson (1995) conclama, mais do que critica os pós-marxistas, a “um puro e simples retorno a Marx”, não a um retorno absoluto a seus pontos de vista, porém mais especificamente, a busca em Marx da idéia de que a análise da ideologia é uma atividade crítica, inseparável da reflexão sobre as relações de dominação em que as pessoas estão inseridas.

Fora da tradição marxista, o conceito de ideologia proposto por Karl Mannheim é apontado por Thompson como a primeira tentativa sistemática de elaboração de uma concepção neutra. O interesse de Mannheim é ir além do caráter partidário das primeiras teorias e transformar a análise da ideologia numa Sociologia do Conhecimento. Desconsiderando a conotação crítica, negativa, devida a Napoleão e mantida por Marx, em sua formulação geral da concepção total de ideologia, Mannheim refere-se a ideologia como *“a um sistema de pensamento e idéias que são situadas socialmente e coletivamente partilhadas; e a análise da ideologia é o estudo das maneiras como esses sistemas de pensamento e idéias estão influenciadas pelas circunstâncias sociais e históricas em que estão situadas”* (Thompson, 1995).

Dessa forma, Mannheim enfatiza as limitações das concepções anteriores de ideologia e defende a generalização do enfoque ideológico. Em outros contextos, no entanto, conforme Thompson (1995), Mannheim sugere que o estudo da ideologia é limitado e assim distinto da Sociologia do Conhecimento² e que talvez sua utilização devesse ser evitada dentro dela. Em iniciativa posterior, Mannheim introduz uma concepção diferente de ideologia, que contrasta o conceito de ideologia com o conceito de utopia. Enquanto as ideologias seriam puras

² Sobre a Sociologia do Conhecimento veja-se Löwi (2000).

projeções que não têm efeito transformador no mundo sócio-histórico, as utopias seriam idéias passíveis de concretização até certo ponto e em seu tempo, neste mundo.

A esta concepção Thompson (1995) designa “*concepção restrita de Mannheim*” e a sintetiza: “*as ideologias são idéias discordantes da realidade e não concretizadas na prática*”. Já que Mannheim mantém, com esta concepção, a conotação negativa associada ao termo, Thompson coloca em dúvida o sucesso da tentativa de Mannheim de generalizar e de neutralizar o conceito de ideologia. Por outro lado, esta concepção também deixa de lado a relação, presente nos escritos de Marx, entre as idéias, ou as representações constitutivas da ideologia, e as relações de dominação de classe que tais idéias expressam, representam mal ou mantêm.

Indo além da investigação histórica, Thompson (1995) desenvolve uma formulação alternativa do conceito de ideologia apoiada em algumas das contribuições por ele examinadas acima, tentando captar-lhes o espírito; mas como ele mesmo nos diz, não irá ligar-se à letra de nenhuma teoria em particular. Esclarece-nos, ainda, que só será possível responder se formas simbólicas servem ou não para manter relações de dominação ao examinarmos a interação de *sentido* e *poder* nas circunstâncias particulares em que tais formas simbólicas são empregadas, transmitidas e recebidas por pessoas situadas em contextos sociais estruturados.

Da concepção *latente* de Marx, Thompson (1995) mantém apenas um critério de negatividade, ainda que modificado: o critério de sustentação das relações de dominação. Deste modo, não é essencial, na sua concepção, que as formas simbólicas sejam errôneas ou ilusórias para que sejam ideológicas: podem *até* sê-lo. O erro e a ilusão são tratados, então,

como uma *possibilidade* contingente, e não como características necessárias à ideologia como tal. Deste modo, a caracterização dos fenômenos simbólicos como ideológicos não implica que sejam fenômenos falsos, direta e necessariamente.

Ao modificar o critério de negatividade (de sustentação das relações de dominação), Thompson (1995) nos lembra, primeiro, que na obra de Marx tal critério é entendido em termos de *relações de classe*: relações de dominação e de subordinação entre as várias facções do capital, de um lado, e entre o proletariado explorado e o campesinato fragmentado, de outro. Em Marx, então, as relações de classe são tratadas como o eixo estrutural das sociedades modernas, e a transformação dessas relações como a chave para a transformação da sociedade. Mas Thompson (1995) enfatiza que relações de classe são apenas **uma** das formas de dominação e de subordinação, constituem apenas **um** eixo da desigualdade e exploração e que portanto não podemos, hoje, aceitá-la como auto-evidente, mas sim como contingente.

Apesar de a dominação e a subordinação de classe continuarem a desempenhar papel importante no mundo atual, há outras formas de conflitos que prevalecem e que em alguns contextos são até tão ou mais importantes. Deste modo, Thompson (1995) sugere que cortemos o elo entre o conceito de ideologia e o de dominação de classe, que passa a ser um elo contingente, ao invés de necessário. Outros tipos de dominação - relações sociais entre homens e mulheres, entre um e outro grupo étnico, ou entre estados-nação hegemônico e outros que estão à margem do sistema global, por exemplo - devem também ser levados em conta.

Thompson (1995) observa uma tendência, na concepção latente de Marx, de menosprezar o quanto formas simbólicas e o sentido por elas mobilizado são constitutivos da realidade social e estão ativamente envolvidos tanto em criar quanto em manter as relações entre pessoas e grupos. Thompson (1995), então, esclarece que formas simbólicas não são meramente representações que servem para articular ou obscurecer relações sociais ou interesses que são constituídos fundamentalmente e essencialmente, em um nível pré-simbólico; formas simbólicas, ao contrário, estão contínua e criativamente implicadas na constituição das relações sociais como tais.

Assim, a proposta de Thompson (1995) é conceituar ideologia em termos das maneiras como o sentido, mobilizado pelas formas simbólicas, servem para **estabelecer** (*como o sentido pode criar ativamente e instituir relações de dominação*) e **sustentar** (*como o sentido pode servir para manter e reproduzir relações de dominação através de um contínuo processo de produção e recepção de formas simbólicas*) relações de dominação.

Retraçando os contornos históricos de ideologia, Thompson (1995) preparou o caminho para um enfoque que considera mais construtivo e para sua proposta de reformulação do conceito atual de ideologia. Discutindo as origens do conceito na França do século XVIII, examinando algumas das maneiras como ele foi empregado no trabalho de Marx e ainda, no de Karl Mannheim, formula uma concepção que, segundo ele, está apoiada em alguns dos pontos implícitos na história de seu conceito e que poderia oferecer uma base para um enfoque construtivo em vista da interpretação da ideologia nas sociedades modernas. A esse enfoque o autor denomina *a concepção crítica de ideologia*.

1.3 Representações Sociais e Ideologia: uma articulação

Ideologia e representação não são próprias de uma ciência ou de uma teoria, mas sim dizem respeito ao “discurso de todas as ciências sociais e já foram incorporadas pelo senso comum para se referirem a tudo o que é da ordem do simbólico”. Carregam, portanto, uma diversidade de significados e de inúmeras perspectivas de análise, partindo do pressuposto epistemológico de que “o conhecimento não descobre e sim, cria, pois a realidade objetiva não é um *a priori* diante do homem como algo que se cumpre compreender pela descrição fiel, ela é produto das objetivações da subjetividade” (Sawaia, 1993: 75).

A ciência é apropriada pelo senso comum através dos processos cognitivo-afetivos descritos por Moscovici (1978, 1981) que não chega à questão do papel da ideologia nesse processo, ou das relações entre ideologia e representações sociais, o que tem sido apontado por vários críticos, formando um outro conhecimento que não guarda compromisso com as exigências da ciência (do método científico), nem com outra verdade que não seja a do grupo social que compartilha as RS. Constitui, portanto, para alguns teóricos das representações sociais, uma falha na teorização de Moscovici ele não ter abordado as representações sociais e ideologia (Lhullier, 1999).

A razão pela qual Moscovici se afastou do conceito de ideologia tem causado perplexidade, pois ele chegou a afirmar que a tarefa mais importante da Psicologia Social seria o estudo da ideologia e da comunicação. Alguns autores afirmam que ele teria abandonado o conceito, ou que, se não o abandonou, existe uma sobreposição entre ideologia e representações sociais (Guareschi, 1997).

Para Guareschi (1997:85), o campo de estudo da ideologia é vasto e bastante complexo, pois existem inúmeros enfoques teóricos que dão ao conceito significações diversas. Mas não há critérios intrínsecos que nos obriguem a adotar uma dimensão específica, dentre as várias existentes, para sua compreensão e análise. Uma dessas possíveis dimensões, que pode ser enfocada na tentativa de se compreender o problema da ideologia, é a dimensão dinâmica em que a ideologia é tomada “como modo e estratégia, onde a ideologia é vista como uma prática, uma maneira pela qual as formas simbólicas servem para criar e manter relações de dominação”.

Os estudos da ideologia numa dimensão dinâmica tomam a produção, reprodução e transformações das experiências vitais como sua função principal na construção da subjetividade. Estudar a ideologia se torna o próprio estudo de sua prática, havendo uma ‘reflexão’ automática, ou seja, estudamo-nos a nós próprios ao estudá-la. De um lado, a ideologia é o próprio estudo de nossa consciência, isto é, de quem somos, por que somos o que somos, por que pensamos o que pensamos. De outro lado, é o exame de nossa prática, como nos constituímos, como mudamos (ou não mudamos) e por que mudamos (Guareschi, 1997:85-86). Assim, a ideologia constitui os seres humanos que, por sua vez, a produzem/reproduzem.

Enfocando uma dimensão dinâmica, a *concepção crítica de ideologia* proposta por Thompson (1995) vem sendo utilizada por alguns autores no estudo das Representações Sociais e Ideologia, como é o caso de Guareschi (1997; 2000) e Avi (2000).

Conforme exposto anteriormente, Thompson (1995) considera que, mais ou menos nas duas últimas décadas, duas respostas têm sido dadas à herança ambígua do conceito de

ideologia. A primeira foi a de tentar ‘domar o conceito’ através de uma tentativa explícita ou implícita, de tirar do conceito o seu sentido negativo (*concepção neutra*: “sistemas de pensamento”, “sistemas de crenças” ou “sistemas simbólicos”, ou os “ismos” - conservadorismo, comunismo, etc.). A segunda resposta tem sido a de ‘abandonar o conceito’, por ser muito ambíguo, controvertido e contestado, usado e abusado em sua história e, portanto, não se prestar mais para fins de análise social e política, o que segundo o autor, resulta em parte da contestação intelectual ao marxismo, ao qual esteve bastante vinculado.

A posição de Thompson (1995) difere das duas respostas anteriores à ambigüidade do conceito. O autor sustenta que “o conceito de ideologia permanece uma noção útil e importante no vocabulário intelectual da análise política e social” e ainda argumenta que “na tentativa de despojá-lo de seu sentido negativo, as pessoas menosprezaram um conjunto de problemas em relação aos quais esse conceito, em algumas das suas versões, procurou chamar nossa atenção”. Em vez de eliminar seu sentido negativo, ele o toma como “um índice dos problemas aos quais o conceito se refere, como um aspecto que deve ser retido e desenvolvido criativamente”.

A *concepção crítica da ideologia* que propõe, mantém tanto a conotação negativa que foi trazida por grande parte da história do conceito, quanto liga a análise da ideologia à questão da crítica. O conceito pode ser usado para se referir às *maneiras como o sentido (significado) serve, em circunstâncias particulares, para estabelecer e sustentar relações de poder que são sistematicamente assimétricas* – as quais denomina de ‘relações de dominação’. De uma maneira ampla, então, *ideologia é o sentido a serviço do poder*.

Ao estudarmos as formas simbólicas denominadas de representações sociais, focalizamo-nos tanto na forma por que os homens pensam ou criam suas realidades partilhadas, quanto no conteúdo de seus pensamentos: “*Como os seres humanos tentam captar e compreender as coisas que os circundam e resolver os 'lugares-comuns', os 'quebra-cabeças' que envolvem seu nascimento, seus corpos, suas humilhações, o céu que vêem, os humores de seu vizinho e o poder a que se submetem: quebra-cabeças que os têm preocupado desde a tenra infância e que continuam a preocupá-los e oferecer-lhes tópicos para conversa*” (Moscovici, 1981) (grifo nosso).

O desafio proposto por Thompson (1995:15-16) é que o estudo das formas simbólicas seja realizado *sob certa luz*, ou seja, que elas sejam estudadas “à luz das relações sociais estruturadas, cujo emprego e articulação podem ajudar, em circunstâncias específicas, a criar, alimentar e reproduzir”. Entendendo ideologia como *sentido a serviço do poder*, seu estudo exige que investiguemos as maneiras como o sentido é construído e usado pelas formas simbólicas de vários tipos, desde as falas lingüísticas cotidianas até às imagens e aos textos complexos, exigindo, então, que realizemos uma investigação sobre os contextos sociais dentro dos quais essas formas simbólicas são empregadas e articuladas. Seu estudo ainda requer que perguntemos se o sentido construído e usado pelas formas simbólicas serve ou não para manter relações de poder sistematicamente assimétricas.

Podemos dizer que *representar* alguma coisa não é simplesmente duplicá-la ou reproduzi-la. A dupla natureza da estrutura das representações sociais – conceptual (sentido simbólico) e figurativa (concretude icônica) - diz-nos mais de um processo que torna o conceito e a percepção intercambiáveis ao engendrarem-se reciprocamente.

Sua dinamicidade e historicidade específicas associam as representações sociais, de um lado, às práticas culturais que reúnem o peso da história e da tradição, e de outro, à flexibilidade da realidade contemporânea; ou seja, elas são construções simbólicas significativas da cultura moderna, que Thompson (1995) define como cultura *midiada*.

A proposta do autor (1995) chama nossa atenção, portanto, para a inserção das formas simbólicas em processos e contextos sociais estruturados e, assim, para as questões de conflito social e de poder em que essas formas simbólicas são produzidas, transmitidas e recebidas.

Tomando o conceito de ideologia de Thompson (1995) podemos concluir que as representações sociais de saúde podem ser ideológicas, mas não podemos deduzir isso a priori. E nosso problema de pesquisa, então, após identificarmos representações sociais de saúde nas falas dos psicólogos entrevistados, será o de verificar se elas estão servindo para criar, refletir, legitimar e reproduzir relações de dominação dentro dos contextos sociais em que essas formas simbólicas são empregadas e articuladas.

1.4 Representações Sociais de Saúde: algumas considerações

Ao inaugurar o campo de sua Teoria das Representações Sociais com sua obra *Psicanálise: sua imagem e seu público*, na qual estuda as representações de saúde e do corpo, Moscovici (1978) nos possibilita antever uma interface com a saúde.

A fase de consolidação da TRS no Brasil é apontada como o período compreendido entre 1988 a 1997, fato que pôde ser comprovado pela investigação sobre a produção

brasileira nessa área realizada por Sá e Arruda (2000). Com relação à saúde, esta produção voltou-se inicialmente para os estudos sobre os processos de saúde e doença, mais especificamente sobre AIDS e DST, doença mental, bem como para outros temas como o da saúde reprodutiva.

Nessa interface com a saúde, a teoria das representações sociais vem contribuindo ao longo do tempo para a elucidação de dicotomias históricas que precisam ser superadas na área da saúde numa dimensão tríplice, qual seja, uma melhor especificação da subjetividade implicada na saúde sem opô-la à objetividade preconizada pelo desenvolvimento do campo e do objeto; uma melhor concepção da relação coletivo-individual como uma relação dialética, e uma reflexão sobre saúde como objeto holístico a partir do conhecimento de senso comum enquanto entidade teórica com o mesmo *status* social do conhecimento científico (Oliveira, 2000).

A consulta a bancos de dados variados³ não nos tem ajudado na tarefa de encontrar trabalhos específicos sobre Representações Sociais de Saúde e Ideologia em Psicólogos. No entanto, alguns trabalhos encontrados aproximam-se, de alguma maneira, de nossa temática, e a apresentação de seus resultados pode contribuir com as reflexões que pretendemos aqui tecer.

A pesquisa sobre representações realizada por Serrano (1998) analisou discursos de profissionais de saúde num Centro de Atenção Psicossocial. Seu trabalho voltou-se para a análise de modelos, conceitos e metáforas da loucura, da doença mental e de seu tratamento enquanto representações. Os resultados apontam para a existência de uma mistura de saberes

³ Bancos de Dados Consultados: <http://www.scielo.br>, <http://periodicos.capes.gov.br>, <http://www.bireme.br>, <http://cadernos.ensp.fiocruz.br>.

entre ciência e senso comum, ou seja, uma sobreposição da metáfora de característica reificada com a linguagem consensual mais comum.

Num estudo relacionado mais especificamente ao discurso da categoria dos psicólogos, Bock (1993) relata os resultados de sua investigação realizada em São Paulo, em 1990, sobre o processo de trabalho desses profissionais e a produção da consciência que acompanha e dá sentido a esse trabalho, considerando as Representações Sociais veiculadas pela linguagem como mediadoras entre atividade e consciência. Em suas conclusões, a Psicologia, de modo geral, emerge como ciência capaz de contribuir para a transformação seja do indivíduo, seja da sociedade, embora não sendo assim valorizada e reconhecida socialmente, o que evidencia a falta de um projeto coletivo que lhe dê sustentação. Esse movimento se processa diferenciadamente, conforme os locais de atuação pesquisados pela autora - instituições, consultórios e universidades. Os resultados obtidos pela pesquisadora apontaram para a falta de um projeto claro de trabalho em que estejam articulados seus vários aspectos (finalidade, instrumentos, teoria e técnicas, necessidades e demandas, valores) e que digam de uma trajetória profissional. A pesquisadora destaca ainda que as disputas permanentes de poder nas instituições, o cotidiano institucional, o isolamento dos consultórios, a elitização da profissão, a ideologia liberal presente nos conteúdos teóricos da Psicologia e das relações sociais de trabalho são elementos que bloqueiam a passagem por onde o projeto social do psicólogo passaria a ser um projeto profissional.

Os resultados de um estudo realizado por Hartmann (1999) sobre representações de saúde e doença entre profissionais de saúde no hospital indicam que *saúde* é relativamente fácil de ser definida como *bem-estar* ou um *estado de estar ou sentir-se bem*. Já doença é de difícil conceituação.

Vimos, neste capítulo, os tópicos centrais sobre o campo referencial teórico deste trabalho. Passamos a seguir à discussão da metodologia.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

“O Entre”, o “intervalo” é o lugar de revelação da palavra proferida pelo ser. Este intervalo existe entre Eu e Tu e entre Eu e Isso. Não há conhecimento de um indivíduo, mas este relacionamento Eu-Isso se funda em última análise no inter e dia-pessoal. Há uma convivência ontológica entre o Eu e o Tu para o conhecimento do mundo. Como diz Bachelard, coisas infinitas como o céu, a floresta e a luz, não encontram seu nome senão dentro de um coração amante. A co-participação dialógica é o fundamento ontológico do existir e de suas manifestações. A compreensão do ser é tributária desta participação dialógica no eixo Eu-Tu envoltos na vibração recíproca da face-a-face.”

Buber

Para explicitar o caminho do “entre” a que se refere Martin Buber, que no caso diz de nossa relação como pesquisadora e nosso objeto de pesquisa, este capítulo foi dividido em duas partes – pressupostos epistemológicos e pressupostos metodológicos. Na primeira, buscamos fundamentar a investigação em si, bem como as técnicas utilizadas, ou seja, os princípios norteadores sobre a natureza das representações sociais de saúde e nossa relação na obtenção do conhecimento sobre elas. Já na segunda parte descrevemos os caminhos trilhados na coleta de informações junto aos psicólogos que colaboraram com esta investigação e a maneira como esse material foi analisado.

2.1 Pressupostos Epistemológicos

Em primeiro lugar, assumimos como característica da sociedade o fato de que o homem é sujeito de sua própria existência em determinadas condições. São os seres humanos, e não outros seres vivos, que empregam suas atividades simbólicas para construir e criar sentidos para a vida. Entramos, então, em nosso campo social de estudo, considerando que não poderíamos restringir tais sentidos ao que pudéssemos observar e quantificar. Nem

tampouco que poderíamos fugir de imprimir nossos próprios valores, nossos vieses, ou seja, de deixarmos nossas próprias pegadas por onde quer que caminhemos.

Ainda que muitos fenômenos possam ser vistos dentro de uma dimensão quantitativa, este não é o presente caso. Estamos aqui lidando com representações sociais de saúde de uma determinada categoria social, enquanto fenômenos simbólicos impregnados de significados produzidos historicamente. Deste modo, as representações sociais de saúde, enquanto categorias de pensamento, de ação e de sentimentos, não são dados inertes, neutros. Pelo contrário, são dados inseridos em processos e contextos sociais estruturados, que expressam as questões de conflito social e de poder em que foram produzidos, transmitidos e recebidos.

Considerada como uma possibilidade de superação de dicotomias como indivíduo-sociedade, psicológico-social, material-simbólico, a TRS (Moscovici, 1978) tenta dar conta do conhecimento do senso comum e da apropriação que esse conhecimento faz do saber científico. Para esta teoria, as representações sociais, enquanto fenômenos simbólicos significativos, são estruturas que compreendem ao mesmo tempo a cognição, o afeto e a ação, e deste modo, os psicólogos que participaram desta pesquisa não construíram suas representações sociais de saúde na aridez de um mapa cognitivo, como uma simples construção reificada.

Na interface entre ciência e profissão, no ato de representar saúde, encontramos pessoas que pensam e sentem, que têm motivações e intenções, que possuem uma identidade e vivem, portanto, num mundo social (relacional). Suas representações de saúde não são independentes, não são construídas num vazio cultural, nem tampouco como um construto

científico suspenso no ar, ou neutro; pelo contrário, elas estão intimamente relacionadas com suas concepções de ser humano e sociedade.

Para dar conta de uma interpretação aproximada da realidade, no tipo de conhecimento e compreensão exigidos pelo estudo das representações sociais, enquanto sendo materialidade simbólica significativa, precisamos nos valer de uma investigação qualitativa que nos permita aproximar da dimensão do significado, neste caso com relação às representações sociais de saúde nos psicólogos entrevistados. Assim, encontramos na metodologia proposta por Thompson (1995), denominada por ele de Hermenêutica de Profundidade (HP), um enfoque adequado para nossos propósitos.

A HP evidencia o fato de que o objeto de análise é uma construção simbólica significativa e socio-historicamente contextualizada, e concede *um papel central aos processos de compreensão e interpretação*. Tais processos devem ser vistos como complementares e indispensáveis à análise formal ou objetiva. Considera que na investigação social *o objeto é, ele mesmo, um território pré-interpretado (campo-sujeito-objeto)* e que os sujeitos que constituem o campo-sujeito-objeto são, como os próprios analistas sociais, *sujeitos capazes de compreender, de refletir e de agir fundamentados nessa compreensão e reflexão, estando sempre inseridos em tradições históricas*.

Nesse sentido, nosso esforço de análise, compreensão e interpretação/reinterpretação das representações sociais de saúde dos psicólogos entrevistados caminhará na direção de explicitar as suas características históricas, as quais expressam, por sua vez, a forma como a Psicologia vem sendo entendida e exercida no contexto específico em que estes sujeitos se inserem. Além disso, caminhará na busca de explicitação das dicotomias implícitas ou

explícitas nos significados dados à saúde pelos entrevistados, bem como no caráter ideológico que sustenta relações de dominação.

2.2 Procedimentos metodológicos

Nosso problema central de pesquisa, conforme exposto anteriormente, apresenta-se desta forma: as representações sociais de saúde presentes no discurso dos psicólogos entrevistados estão servindo para criar, refletir, legitimar e reproduzir relações de dominação dentro dos contextos em que essas formas simbólicas são empregadas e articuladas?

Deste modo, nosso objeto de investigação consiste nas representações sociais de saúde de psicólogos enquanto formas simbólicas interpretadas à luz da concepção crítica de ideologia. Para dar conta deste objeto seguimos os passos abaixo:

2.2.1 Procedimentos utilizados para escolha dos participantes e coleta de informações

Tendo em vista nosso propósito de obter os dados diretamente para podermos aprofundar algumas questões, optamos pela utilização de entrevistas, que foram realizadas com cada psicólogo. Para garantir alguns aspectos básicos de coleta partimos de um roteiro previamente estabelecido, onde tínhamos algumas perguntas iniciais fechadas e outras abertas (vide roteiro no anexo 1).

Segundo Minayo (1994), a entrevista é instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, pela possibilidade de a fala revelar condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos que simultaneamente podem transmitir, através de

um porta-voz, as representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Assim, cada psicólogo entrevistado (E), pertencente a uma categoria específica, neste caso profissional de saúde, é considerado porta-voz de sua categoria profissional e representante de seu tempo.

Com relação ao local de realização das entrevistas, deixamos a escolha a critério dos entrevistados, e todos optaram por receber-nos em algum de seus espaços de trabalho. Cada encontro teve suas particularidades, mas de maneira geral esta foi nossa condução: apresentamo-nos no dia, local e horário previamente combinados, e agradecendo de início a disponibilidade de cada um por nos receber e aceitar colaborar, falamos de nossos motivos operacionais para realizarmos uma gravação simultânea à conversa, comprometendo-nos a transcrever as fitas pessoalmente, e assim o fizemos.

Levando em consideração que apenas um dos psicólogos com quem havíamos agendado um encontro para entrevista não nos deu permissão para a utilização de gravador, optamos por analisar apenas o material que pudemos obter através de gravação.

Por sua vez, considerando os pressupostos epistemológicos referidos e considerando cada profissional um “porta-voz” de ciência e profissão, nós não levamos em conta critérios de representatividade numérica para a definição dos participantes. Escolhemos oito psicólogos em razão de estarem atuando como profissionais de saúde de forma geral – não especificamente de *saúde mental*. Esta opção, como recorte didático possível, remeteu-nos a

profissionais que desenvolvem suas atividades em hospitais gerais, unidades de saúde e consultórios.

Podemos dizer que não houve dificuldade em encontrar os participantes, desde que fazemos parte da mesma categoria profissional dos entrevistados, o que nos facilitou o acesso aos psicólogos da cidade.

Tendo constatado antes que a pessoa a ser convidada para a entrevista estava no exercício da profissão no campo da saúde, conforme a delimitação dada para esta pesquisa, chegamos inicialmente a nove psicólogos entrevistados, e utilizamos como material de análise as informações prestadas por oito deles. Foi nosso convite e a aceitação de cada um em colaborar com o trabalho que acabou por nos dar esse grupo específico de participantes.

2.2.2 Procedimentos utilizados na análise do material coletado

Depois de realizarmos as entrevistas, iniciamos pessoalmente a transcrição das falas dos psicólogos, momento em que nos aproximávamos do material obtido. Os dados coletados e transcritos das entrevistas foram o ponto de partida para o enfoque da *Hermenêutica de Profundidade* (Thompson, 1995), que utilizamos como metodologia de análise neste trabalho.

De posse do material digitado, fizemos algumas leituras simultaneamente à escuta das fitas. Isso possibilitou uma melhor apreensão do conteúdo da maneira mais próxima possível da entrevista original, por incluir também as vozes dos entrevistados.

Num primeiro momento, levantamos algumas características do grupo de participantes - origem, estado civil, idade e sexo - bem como a instituição formadora de que provêm, tempo de formado, modalidade e local de atuação, e sua formação complementar. E a partir das respostas às questões sobre os motivos que os levaram a escolher a profissão, sobre o que consideram como objetivo de seu trabalho e sobre como relacionam sua prática atual com sua graduação, esboçamos um perfil do grupo em sua trajetória à Psicologia, o que proporciona uma visão do contexto onde suas representações sociais de saúde se fundam e se mantêm.

Para dar conta da análise formal preconizada pela HP – em que precisamos deixar o contexto para classificar e categorizar os dados – utilizamos o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977), levando ainda em consideração os passos sugeridos por Spink (1995), ou seja: transcrição da entrevista, leitura flutuante do material gravado e digitado, definição do objeto da representação de acordo com os objetivos da pesquisa, e construção de um protocolo de análise onde constassem as categorias temáticas adotadas para análise e interpretação/reinterpretação, que foram: representação social de saúde, relação entre saúde e Psicologia, modo de aplicação do que se entende por saúde na prática e o papel do psicólogo em relação à saúde das pessoas.

Construímos o protocolo de análise de modo que pudéssemos ter uma visão do conjunto das respostas de todos os entrevistados para cada categoria temática de pesquisa e, ao mesmo tempo, uma visão completa das respostas de cada entrevistado a todos os temas. As questões foram colocadas em alinhamento vertical, e as respostas de cada participante para todas as perguntas foram dispostas em colunas horizontais. A visão do conjunto favorecida pelo protocolo permitiu que fôssemos estabelecendo relações – entre os temas encontrados

desde a leitura flutuante – já categorizadas, cujo resultado está apresentado e analisado no Capítulo III.

Para dar conta da interpretação ou reinterpretação preconizada pela HP é preciso explicar e elaborar o que foi dito ou representado. Deste modo, num esforço de síntese criativa, buscamos inserir reflexões teóricas de ênfase crítica com a ajuda da literatura, numa tentativa de explicitar a conexão entre o sentido mobilizado pelas representações sociais de saúde dos entrevistados e as relações de dominação que este sentido mantém. Esta síntese será trazida no Capítulo IV.

Desde que a HP também considera a análise sócio-histórica, procuramos nos valer de literatura que pudesse ajudar a reconstruir as condições sociais e históricas tanto de produção como de circulação e recepção do sentido mobilizado pelas representações sociais de saúde, em todas as fases de análise.

Passamos agora para a apresentação e análise formal dos dados.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo estaremos trazendo, num primeiro momento, um retrato tirado com a amplitude possível de nossas próprias lentes, no qual aparecem algumas características e a trajetória em direção à Psicologia do grupo de participantes; num segundo momento, estaremos apresentando e analisando os dados obtidos nas entrevistas que se referem às representações sociais de saúde e ideologia.

3.1 O Grupo de Participantes – um breve retrato de si e de suas escolhas profissionais

Deste total de oito sujeitos, há sete mulheres e um homem que se encontram, em sua maioria, com idade aproximada de 46 anos, sendo quatro deles solteiros, dois casados e dois separados. Conforme delimitação de nossa pesquisa, esses oito psicólogos atuam especificamente em Florianópolis e, apesar de nenhum deles ter nascido na cidade (seis nasceram em outras cidades de Santa Catarina e dois no estado do Rio de Janeiro), muitos se consideram praticamente ilhéus. Esse sentimento de pertença é revelado em falas como: *“Eu vim pra cá com três anos de idade, eu sou daqui, eu me criei no pé do Morro da Caixa soltando pandorga”* (E1), ou em outra: *“Eu nasci aqui. Quer dizer eu falo nasci, mas eu nasci em Joinville, mas eu cresci aqui e moro e morei aqui praticamente a minha vida inteira”* (E4).

Com relação à profissão, os participantes não escolheram a Psicologia por acaso; tal escolha tem a ver com o contexto e a história de vida de cada um e reflete uma condição social privilegiada que lhes permitiu o acesso a um curso universitário, como na fala: *“O meu*

pai foi sempre uma pessoa que se preocupou com o aspecto da educação, de informação, uma pessoa muito saudável, que lia muito (...) ele nos colocava muito pra estudar, nos ensinava a ler (...) lá na adolescência eu me dei conta dos livros” (E1).

Tanto a escolha da profissão como o objetivo central de seu trabalho, neste caso no sentido terapêutico, é apontado pelo grupo de entrevistados como sendo o de ajudar as pessoas. Por vezes como resultado de uma capacidade pessoal de conversar com os outros: *“Eu gostava dessa coisa de ficar com as pessoas, de conversar, e eu desde criança eu ouvia muito (...) eu gostava de ouvir (...) todo mundo gostava de conversar comigo” (E3)*, ou ainda: *“Eu adorava conversar. E eu sou muito boa de conversa e a gente ganha a vida conversando (...) era a maneira que eu achava que eu melhor podia ajudar as pessoas” (E4).*

A experiência pessoal com a Psicanálise na condição de cliente também favoreceu a escolha da profissão para alguns entrevistados, pois pretendem que outras pessoas possam ser ajudadas da mesma maneira: *“Em parte porque eu já tinha feito psicanálise, primeiro individual depois de grupo e achei a profissão belíssima (...) a maneira como aquele psicanalista conseguia ajudar as pessoas, aquilo foi me despertando (...) para ajudar as pessoas a se encontrarem” (E5)*, e também: *“Se existe alguma coisa que valha a pena ser feita na vida, é fazer com que outras pessoas possam sentir essa coisa boa, essa plenitude, essa coisa boa que eu tô sentindo dentro de mim como resultado dessa análise. E aquilo ali foi tão forte, que eu decidi (...) fazer Psicologia e fazer formação psicanalítica” (E6).*

Uma identificação pessoal com um familiar também favoreceu a escolha da profissão: *“Eu tenho uma identificação muito grande com a minha avó por parte de pai, que aí tinha a questão que ela era médium, não que eu seja, mas que ajudava muito os outros e eu acho a*

nossa profissão de Psicologia ela nos fornece o pensar junto e estar ali junto com a outra pessoa e ajudando, uma coisa que às vezes é tão óbvia pra gente, pelo que a gente já estudou, pelo que a gente já viu, e poder de alguma forma tá dando um empurrãozinho que às vezes é uma coisa tão mínima aos nossos olhos” (E7).

Escolher a profissão de psicólogo é também uma forma de somar referencial para poder melhor ajudar o ser humano, e tem a ver com uma trajetória pessoal evolutiva que vai desde *um estágio físico*, passa por *um estágio emocional* para chegar finalmente a *um estágio espiritual*, que é fruto de uma missão e uma vocação pessoais, conforme a fala de outro entrevistado: “(...) *uma coisa grande de ajudar (...) porque eu acho que também tem isso, no meu processo de autoconhecimento eu não acredito em acaso. Então eu não entrei pra trabalhar com “o corpo físico” por acaso, eu não entrei pra trabalhar com “o corpo emocional” por acaso, bota tudo isso entre aspas, assim como agora eu tô enveredando pra trabalhar com cura espiritual e com “o corpo espiritual” por acaso. Nada é por acaso. O que eu creio é que isso tem a ver com a minha missão, com a minha vocação. E o que eu tenho é que me afinar cada vez com esse caminho, porque como o meu DNA é único, é nisso que eu acredito. O que eu tenho de vocação tem a ver com o meu jeito único de ser, de estar” (E8).*

Com relação à instituição formadora, desses oito psicólogos seis são egressos da Universidade Federal de Santa Catarina e dois de universidades católicas do Rio Grande do Sul. Com exceção de um deles, que se formou nos anos 70, todos foram graduados entre os anos de 1983 e 1993; assim, o menor tempo de formado do nosso grupo de colaboradores é de aproximadamente oito anos.

Sobre o local de atuação, cinco dos entrevistados atuam especificamente em consultório particular, como profissionais autônomos. Além do trabalho em consultório, dois deles atuam também com grupos em empresas, realizando palestras voluntárias e algum tipo de treinamento, um deles ainda nos conta que dá cursos para vários profissionais sobre técnicas que utiliza em sua prática. Dos três restantes, dois atuam em unidades básicas de Saúde do Município e um atua em hospital geral, mas apenas um desses três não atua em consultório particular paralelamente no momento, ainda que já tenha feito isso em outra época. De qualquer modo, todos se apresentam como profissionais da área clínica. Mesmo os profissionais das unidades de Saúde e no hospital realizam suas atividades em espaço específico de consultório, como bem nos relatam dois entrevistados: *“O objetivo do meu trabalho é fazer um serviço que ele realmente seja clínico, e que eu realmente resolva o problema”* (E2), ou ainda: *“A minha área é clínica. Eu só atuo aqui na clínica (...) eu faço psicoterapia. Faço avaliação psicológica”* (E3).

Mesmo assim, nem sempre a atuação desses profissionais se restringe ao espaço de consultório, pode se transformar em trabalho informativo e educativo junto à comunidade, como nos diz outro profissional: *“Comecei também a fazer trabalho na escola, ir lá e informar sobre questão. Aí a comunidade também está com problemas, vamos dizer, a questão droga, álcool, então lá fui eu na escola, vou e falo com os alunos a questão do álcool, a questão AIDS, então vou lá, aqui. Também o que é educativo, informativo eu faço nas escolas ou alguns grupos, associações, eu me reúno com os pais e vou lá e falo com eles”* (E1).

Podemos dizer que o grupo de participantes como um todo reconhece a insuficiência de sua preparação acadêmica em nível de graduação para o exercício profissional, neste caso especificamente para a modalidade de trabalho clínico em que todos se colocam.

Sobre a relação entre a graduação e sua prática atual, um deles relata que a prática profissional, por exemplo, confirma o que aprendeu com Freud na sua graduação: *“Freud tinha razão. A prática em si só confirma o que a gente estudou e ainda faz a gente aprender (...) Quando chega uma depressão tu sabe o que tu tem que fazer, dar um apoio. Se vem uma histeria tem que fazer a ligação corpo-mente. Fazer racionalizar mais. O obsessivo fazer o contrário. E tu faz. E tu vê que cada um no seu tempo. Mas a técnica na prática funciona. As coisas que o Freud dizia, por exemplo, por incrível que pareça, tu vê resultado. Eu acho que a prática me ajudou muito a valorizar a teoria, mas não cegamente. Também a questionar algumas coisas. Mas ela tem comprovado. É muito bom, é muito bom”* (E3).

A graduação pode ter dado a base, ter sido um começo da clínica principalmente em termos de estágios, mas é necessário continuar estudando, nos dizem três entrevistados: *“Com a graduação? Aí fica difícil. Porque a graduação assim na parte de clínica mais médica, a gente não tem (...) A gente precisa buscar outras coisas”* (E2); *“O curso me deu uma boa base, mas a gente tem que estar sempre se atualizando (...) me encaminhou mais ainda para a Psicanálise (...) mas a gente tem que se atualizar, não se pode contar só com o curso”* (E5); *“quando eu fui fazer Psicologia, como eu já estava direcionada, eu queria fazer clínica em Psicanálise (...) o que eu aproveitei foi o meu estágio de um ano no Hospital Psiquiátrico (...) e principalmente as aulas de Clínica e Psicopatologia, porque primeiro tu tens que ter uma boa base de Psicopatologia pra depois poder trabalhar em clínica”* (E6).

Para colocar a teoria na prática, além da base recebida na graduação e de continuar estudando, o psicólogo precisa ser criativo e buscar recursos próprios, acrescenta outro participante: *“A minha faculdade me deu a base, mas assim na verdade eu depois disso não parei (...) a minha prática me ensinou tudo o que eu sei. E o que eu não sei eu fui buscar fazendo essas formações complementares (...) o cliente fala algumas coisas que não tem no livro. E daí você tem que criar, você tem que ser você e tem que buscar recursos que são teus e é muito interessante isso”* (E4).

Além disso, os anos de faculdade podem ser importantes como referência de onde e para quem buscar ajuda na resolução de alguns problemas, mas para um dos entrevistados é o processo de busca pessoal e a autocompreensão que influenciam muito mais do que a formação quando se trata do modo de lidar com o cliente: *“A minha formação teórica me ensinou muito pouca coisa. Na verdade ela foi sempre muito preciosa no seguinte sentido, quando eu tenho um problema desse tipo, onde eu vou buscar mais referências? (...) No sentido de me dar fundamento pra eu abrir a porta e dizer, posso atender? Pouquíssimo. Então, tudo o que eu faço na Psicologia tem muito a ver com o processo que eu fui fazendo comigo. Eu fui pra cursos extracurriculares, de aprofundamento, de formação (...) Antes da faculdade (...) E eu comecei, fiquei cinco anos na linha da parapsicologia, me compreendendo, claro, eu tava fazendo “terapia” comigo, terapia entre aspas, de novo. Me sacando quem eu era, o quê que eu queria. Então todas as coisas que eu tenho hoje na maneira como eu lido com o cliente têm muito mais influência disso que foi a busca pessoal, do que propriamente a formação”* (E8).

A contraposição entre técnica e “crença”, que de certa forma aparece do discurso dos entrevistados, separa a intervenção profissional do psicólogo de uma intervenção de ajuda,

quase confessional. O que sobressai, quando se trata de ajudar as outras pessoas que querem *algo mais*, enfim, o que *cura* não é a técnica, mas sim a credibilidade estabelecida no vínculo terapêutico: “*As pessoas querem algo mais! A coisa é tão imponderável, que eu digo que o que cura não é a técnica. É o terapeuta. Se o terapeuta consegue fazer um vínculo bom com o cliente, aí ele faz diferença. Porque o cliente precisa ter credibilidade no terapeuta*” (E6).

De posse dessa graduação que inicia, mas que é considerada insuficiente para o exercício da profissão na modalidade de atuação clínica, e também preocupados em manterem-se atualizados, nossos participantes, ao longo de sua trajetória, buscam um aprimoramento profissional que assume geralmente a forma de cursos, formais ou não, nas mais variadas abordagens e técnicas. Estas, por sua vez, vão desde a Psicanálise Clássica até àquelas que “*fogem tanto da Medicina Tradicional como da Psicologia Tradicional*” conforme apontado por um dos participantes, que são consideradas como “*novas técnicas de cura* (E8) ”.

Assim, o grupo dos oito profissionais entrevistados menciona: Psicanálise Clássica (Freud; Fenichel), Psicoterapia de base Analítica, Terapia Comportamental, Terapia Analítica (Jung), Psicodrama (Moreno), Gestalt-Terapia (Perls), Reich, Terapia Familiar Sistêmica, Existencialismo (como “*filosofia*” e não como prática), Escola Francesa (Deleuze, Guattari - “*que descende da filosofia nietzchiana, mas que também têm uma influência de Lacan*”), Sexologia, Terapia Focal Breve, Educação Especial, “Estágio” em Clínica Médica em Hospital Geral, Psicologia Hospitalar, Hipnose (Milton Erickson), EMBR (técnica americana de dessensibilização e reprocessamento através do movimento dos olhos), Universidade da Paz (círculos holísticos – transpessoal), Florais de Bach, Leitura Corporal (Lowen), Renascimento (Leonard Orr), Neurolingüística (Richard Bandler e John Grinder – “*como*

técnica auxiliar da Psicanálise”), Psicoterapia Prânica⁴ (como “*curiosidade*” e não como prática). Esses referenciais - indo do convencional aos denominados alternativos - ao longo do tempo vêm ajudando nas construções de suas representações sociais de saúde e instrumentalizando de certa forma a inteligibilidade da sua prática clínica.

A formação complementar do psicólogo, além da aquisição do saber, tem a ver com uma busca incessante de aperfeiçoamento de sua própria personalidade, especialmente através das psicoterapias. Cursos, práticas e vivências complementares são realizados, e em sua maioria fora dos cursos universitários, e são de âmbito privado. Essa busca constante é ainda mais intensa e diversificada quando se trata dos psicólogos clínicos, como é o caso desses entrevistados.

Para Langenbach e Negreiros (1988), que analisaram a história das formações complementares e de suas implicações ao longo do tempo, essa busca tem se constituído mais como um caminho “paralelo” do que como especificamente uma formação complementar. Esse caminho “paralelo” é percebido como indispensável desde os primeiros contatos do estudante de Psicologia com a profissão, onde a mensagem de tal modelo lhe é repassada.

Com trajetória em direção à Psicologia, que em alguns casos estabelece relações com práticas de cura consideradas não-convencionais, que necessitam maiores estudos com relação à sua eficiência e eficácia no campo da ciência psicológica e que não são reconhecidas pelos

⁴ Psicoterapia Prânica, conforme SUI (1989), é considerada como a antiga ciência e arte - como a dos milagres de *Jesus* - que tem como objetivo ajudar a aliviar o sofrimento advindo de doenças psicológicas através do uso dos princípios e técnicas esotéricas há muito ocultos; paranormalidade; é uma técnica de cura praticada com as mãos, sem tocar a pessoa, através da remoção do *prana* ou *ki*, energia vital.

Conselhos que regulam a profissão de Psicologia, oito psicólogos entrevistados construíram ao longo do tempo suas representações sociais de saúde.

3.2 A Perspectiva de saúde

Neste momento, damos seqüência à nossa apresentação e análise dos dados de pesquisa através das respostas dos oito entrevistados, num primeiro bloco, à questão formulada - “O que significa saúde?” - e, num segundo bloco, respostas às questões - “Qual a relação entre Psicologia e saúde?”, “Qual o papel do psicólogo no que se refere à saúde das pessoas?” e “Como aplica o que entende por saúde na sua prática?”.

3.2.1 O significado de saúde

As respostas à pergunta “O que significa saúde” não foram diretas, ou seja, em nenhum caso obtivemos uma resposta clara ou um conceito preciso do que venha a ser saúde para os entrevistados. A análise das respostas permite-nos constatar, no entanto, que com exceção de um deles, os demais entrevistados, de uma certa maneira, ao responderem a essa questão o fazem numa perspectiva centrada claramente no sujeito, sem considerar as condições humanas de existência propriamente ditas.

Embora com foco em comum, é possível constatar algumas variações em como essa centralidade no sujeito se dá.

- a) *Saúde é a integração de aspectos físicos e psicológicos.*

Três entrevistados dizem que saúde precisa ser vista numa perspectiva integral de aspectos físicos e psicológicos, que ilustraremos aqui através da fala de dois deles:

“Saúde, pra mim, é estar bem integralmente, físico, psicológico. Não é só um aspecto (...) são muitos aspectos (...) é fácil de diferenciar. Embora as coisas estão sempre juntas, ao mesmo tempo elas estão... como é que eu vou dizer, é junto, mas é separado, é físico, é psicológico; mas a minha experiência psicológica eu construo com a minha experiência física junto, não dá pra separar, não dá pra separar, mas ao mesmo tempo a gente separa (...) mas ao mesmo tempo é um todo que tá ali” (E2).

“Saúde é gozar de todas as nossas funções, físicas e psíquicas pra poder assim, eu chamo curtir... é uma palavra meio... mas a juventude diz e eu acho que diz muito bem: Curtir a vida! Curtir. Aproveitar as pequenas coisas (...) ter todas as minhas funções funcionando bem, psiquicamente também, ter tranquilidade” (E6).

b) *Saúde é o equilíbrio de aspectos físicos, psicológicos e espirituais.*

Dois outros sujeitos acrescentam aos aspectos físicos e emocionais uma dimensão espiritual, na busca de um equilíbrio entre eles. Caso esse equilíbrio, segundo os entrevistados, não for balanceado, pode gerar somatizações e necessitar de um *ajuste* de modo a canalizar as emoções que estejam em desarmonia e que não façam parte da essência daquela pessoa:

“Em meu ponto de vista atual, eu considero a saúde como um tripé. Um tripé onde a gente precisa ter saúde física, emocional e espiritual (...) Saúde pra mim é uma questão de bem-estar, de a pessoa estar em equilíbrio. Passa muito por aí. O equilíbrio. Tem alterações muito fortes de humor, de emoções, quer dizer, como que tá lidando com essas emoções se está acumulando essas emoções que poderiam estar dando origem a alguma situação, de somatização (...) Pra canalizar essas emoções, essas situações que estão em desarmonia, que não fazem parte da essência dessa criatura, acho que algo que tira ela do sério, que tira ela fora do prumo. Acho que pra mim o equilíbrio seria a busca justamente de uma harmonização maior, de uma tranqüilidade maior, não que todo mundo vai ser tranqüilinho, mas dentro da sua agitação, ter uma relativa tranqüilidade, não ser uma agitação tão louca, não ser uma coisa sem pé nem cabeça, mas ter um objetivo de vida, ter um foco, acho que ter uma razão” (E7).

“Eu só acho que eu tô saudável quando eu tô bem no meu físico, quando eu tô bem espiritualmente, quando eu tô bem emocionalmente. Quando eu tô desequilibrada em algumas dessas dimensões eu penso assim, ok., estou precisando de recursos de cura (...) ficar quieta num canto, bem quieta, meditando, respirando (...) vamos pescar...porque pesca é meditação (...) o que que eu vou tomar de floral? (...) qual é o terapeuta que pode me ajudar nesse momento, quando eu tenho essas dúvidas, quando eu tenho essa preocupação, quando eu sinto que aqui tem um nó meu, e esse cliente tá vindo pra me mostrar que tem um nó meu, quem é que pode me ajudar? Acho que eu só tô saudável quando eu tenho essas dimensões mais assim, é que eu fiz assim, quando eu trago pro centro, eu trago assim..., mas na verdade eu acho que é uma faixa de equilíbrio, não é uma linha de equilíbrio. O equilíbrio tá sempre numa faixa, como a pressão da gente tá em 12/8, como o coração tem sístole e

diástole, não é uma coisa que está em linha, é em faixa. Quando eu tô saindo dessa faixa eu: - opa, tem alguma coisa aqui que precisa de ajuste” (E8).

c) Saúde é o equilíbrio, que é ausência de doença.

Uma outra pessoa fala-nos o que significa saúde utilizando uma definição clássica, bem pouco utilizada hoje em dia pela Medicina (Queiroz, 2000), pela Saúde Pública (Santos *et alii.*, 1999), pelo Estado (Brasil, 1988), etc., na qual saúde é ausência de doença. Essa definição foi utilizada pela medicina tradicional e marcou a própria origem da Psicologia quando esta voltava sua atenção para as denominadas “desordens psíquicas” ou “distúrbios psicológicos”, referendados em teorias estritamente psicopatológicas. Porém, parece ainda ser utilizada pela Psicologia.

“Equilíbrio. Ausência de doença. Então se a pessoa está me procurando, porque alguma coisa está em desequilíbrio no seu emocional, na sua saúde mental. Então em busca dessa saúde a gente busca o equilíbrio” (E5).

Podemos englobar todas as respostas anteriores numa mesma categoria, porque os significados de saúde dados pelos entrevistados, queiram eles ou não, remetem saúde a uma *dimensão de normalidade*, de determinados padrões. Assim, ter saúde, ser saudável, é estar dentro de alguns limites, e não ter saúde, não ser saudável, implica fugir daqueles limites, ainda que estes estejam compreendidos numa determinada faixa, e não numa linha de equilíbrio.

d) Saúde é a percepção da liberdade, é a conexão.

Uma outra resposta nos diz que saúde é liberdade e é conexão, no sentido de que a pessoa precisa perceber que é livre para escolher o que quer ser, a par do bem-estar que isso proporciona:

“Saúde é liberdade e bem-estar. Eu acho que uma pessoa saudável é aquela que percebe que ela é livre pra escolher a vida dela, pra escolher o que ela quer ser, o que ela quer fazer e se sente bem com aquilo que ela escolhe (...) Acho que saúde é conexão, saúde é liberdade e saúde é uma coisa que acho que muitas vezes a gente não vive na nossa cultura, na nossa sociedade, então eu acho que hoje em dia ajudar as pessoas a resgatarem a sua saúde é um papel muito importante que a gente tem, muito sério. Eu acho que o nosso trabalho é um trabalho muito sério” (E4).

Junto com as respostas anteriores, a resposta acima também remete saúde à centralidade do sujeito, o que veremos na interpretação dada a essas observações no próximo capítulo.

Por fim, encontramos uma resposta sobre o significado de saúde que difere consideravelmente das respostas apresentadas anteriormente, pressupondo uma noção de homem também diferente das demais.

e) Saúde tem a ver com as condições de existência, com mudança de comportamento.

Saúde é informação.

Ao responder sobre o que significa saúde, um dos entrevistados (E1) preferiu dar sua resposta lembrando-nos primeiro que saúde não é o que vem sendo feito nos postos de saúde, que trabalham com a doença, ao invés da saúde. Além disso, remete o significado de saúde para uma perspectiva mais social e assim transcende o sentido de saúde centrado apenas na esfera interna do sujeito.

Podemos dizer que nesse primeiro momento de análise, apenas um dos oito entrevistados representa saúde de maneira diferente, remetendo seu significado para questões da realidade social mais ampla. Os outros sete entrevistados, no entanto, mantêm a centralidade da saúde no sujeito individual, naturalizando-o. Passamos a seguir para a apresentação dos dados obtidos que relacionam Psicologia e saúde.

3.2.2 A Relação entre Psicologia e Saúde

Neste segundo bloco apresentamos e analisamos as respostas às questões “Qual a relação entre Psicologia e saúde?”, “Qual o papel do psicólogo no que se refere à saúde das pessoas?”, e “Como aplica o que entende por saúde na sua prática?”.

As respostas a essas questões estão sendo apresentadas e analisadas em conjunto, pois remetem, de uma certa maneira, à interface entre a ciência psicológica e a prática psicológica em sua relação com a saúde. Podemos depreender desse material que aqui encontramos claramente as representações sociais de saúde dos psicólogos entrevistados sendo compartilhadas no dizer do seu fazer psicológico.

A maioria dos entrevistados traz, então, uma noção de saúde como sendo predeterminada – centrada num indivíduo naturalizado que possui em si um potencial, uma essência libertadora que o conecta (ou não) com sua saúde – conforme os significados analisados anteriormente de que saúde é equilíbrio/harmonia, é integração de aspectos físicos, psicológicos e espirituais, de que é liberdade imanente, etc. Imbuídos dessa noção de saúde e visão de homem, relatam como utilizam essas idéias para intervir/construir a realidade psicológica e, deste modo, como relacionam Psicologia e saúde.

a) *Psicologia na Promoção e Prevenção de Saúde*

Cinco sujeitos relacionam Psicologia e saúde no sentido da Promoção e Prevenção. Essa relação, no entanto, é estabelecida em seu dizer com certas peculiaridades.

Em duas falas, essa relação é apresentada quase que de uma forma absoluta. Numa lógica em que entendem que a doença é psíquica, dizem-nos que:

“*Psicologia é saúde!*” (E3) ou “*Quem é bom da cabeça, como diz o povo, não adoecer!*” (E6).

Deste modo, o trabalho psicoterapêutico é apontado como a solução para o equacionamento, para a resolução da saúde das pessoas ou, de certo modo, para a erradicação da doença.

Uma outra fala encontrada também absolutiza essa relação, ao estabelecer todas as relações entre Psicologia e saúde, em níveis: *individual, grupal, social, e até planetário.*

Nessa fala, a saúde das pessoas está vinculada à integração de vários aspectos, sejam físicos, emocionais, sociais e espirituais, mas muito mais do que isto, a saúde das pessoas está vinculada à integração desses aspectos na pessoa do próprio terapeuta. Se esses aspectos estiverem integrados no terapeuta, ou seja, se o terapeuta se encontrar *inteiro* no momento do trabalho, mais saúde ele pode promover por ser o que é, e não por fazer o trabalho que faz.

“O que eu sou pode ajudá-los a ser o que eles são, a essência deles, o que eles vieram pra ser” (E8).

Nessa lógica existe um determinado ápice a ser atingido no trabalho do psicólogo em relação à saúde das pessoas, no qual a figura absolutamente inteira do profissional chega a ser a própria imagem da promoção de saúde em si mesma. O papel do profissional parece ser basicamente a busca de sua própria essência, o seu autoconhecimento, e a relação da Psicologia com promoção da saúde é tida como um caminho de resgate da essência das pessoas, que é facilitada pelo resgate da essência mesma do terapeuta.

Nessa fala, na verdade, não é a Psicologia, nem o trabalho psicoterapêutico enquanto serviço prestado, que faz a diferença. A ciência é na verdade meio relegada a um segundo plano, sendo trocada pela busca do autoconhecimento e por uma evolução pessoal que, em seu ápice, desvincula de certa forma o trabalho da ciência. Isto se dá, talvez, porque nessa fala se encontre uma noção de vocação intrínseca da pessoa que ajuda os outros, e esse valor de ajuda está colocado para *além* de qualquer conhecimento. Tentamos seguir sua lógica, e por um certo momento pensamos tratar-se de uma lógica não diretiva; mas, pelo tom às vezes *diretivo* que encontramos nas falas do sujeito, que parecem pressupor uma evolução predeterminada do ser humano, e de certa forma uma hierarquia que concerne ao saber/poder

terapêuticos e não nas necessidades do cliente em si mesmo, entendemos que está longe da prática psicoterapêutica preconizada por Rogers, em sua *Abordagem Centrada na Pessoa* (Rogers, 1979).

Dois outros entrevistados também relacionam Psicologia com promoção de saúde sem no entanto absolutizarem, da mesma maneira que os três anteriores, a psicoterapia e o papel do psicólogo na saúde e na vida das pessoas.

Assim, um deles observa que “*a psicoterapia faz diferença*” e que “*existe um trabalho que pode ser feito clinicamente dentro da saúde, que torna a qualidade da saúde dos pacientes uma outra coisa*”. Assim, o papel do psicólogo é o de “*promover a saúde psicológica*” que no contexto específico de sua prática psicoterapêutica no hospital em que trabalha, tem a ver com “*reabilitação e reorganização*” de problemas psicológicos (E2).

Em outra fala, o psicólogo é mencionado como “*agente de saúde*”, no sentido de ajudar as pessoas a resgatarem sua saúde através do suporte terapêutico, pois, segundo o entrevistado, “*a grande maioria das pessoas é dissociada. Vive uma vida que não quer viver*”, e assim seu papel como agente de saúde é trabalhar “*com o princípio da conexão, de conectar o desejo com a força, de conectar a mente consciente com a mente inconsciente*” (E4).

Enfim, dos cinco entrevistados que relacionam Psicologia com promoção e prevenção de saúde, dois o fazem em uma perspectiva absolutista (E3 e E6); um terceiro, além de absolutizar essa relação, ainda relaciona a saúde psíquica do terapeuta como condição para seu trabalho (E8); e outros dois dão maior ênfase na aplicação técnica do saber psicológico,

sendo suas falas não mais centradas na figura do terapeuta, e a psicoterapia, de certa forma, é apresentada como um serviço prático e não como a solução maior (E2 e E4).

b) *Psicologia é encontrar as causas dos problemas, é ajudar a dominar as emoções para não enlouquecer.*

Numa outra resposta encontramos que o papel do psicólogo é “ajudar as pessoas a encontrarem as causas dos seus problemas” e caso isso não aconteça, “se não puder eliminá-las, pelo menos ajudá-los a encontrar uma maneira de conviver com os problemas”. Em sua lógica de causa e efeito, o psicólogo precisa ajudar seu paciente a “ter condições de dominar suas emoções” para que encontre o equilíbrio e não enlouqueça (E5).

c) *Psicologia é promover qualidade de vida.*

Outro sujeito nos traz a relação entre Psicologia e saúde, e o papel do psicólogo com relação à saúde das pessoas como sendo a promoção de qualidade de vida: “A nossa função é de qualidade de vida! E o que é qualidade de vida? É muita coisa. Que ‘responso’! Que ‘responso’!”, no sentido de “resgatar a auto-estima, que eu acho que vem com a auto-estima muito baixa” (E7).

d) *Psicologia é para tratar da procura e do sofrimento dentro da realidade (de doença).*

Por fim, encontramos uma resposta que difere consideravelmente das falas anteriores, onde a relação entre Psicologia com a saúde é também no sentido de informar, de trocar

informações dentro da realidade: *“A Psicoterapia e a Psicologia é pioneira (...) e faz bem esse trabalho (...) de informar (...) sobre o reconhecimento do seu corpo, ou dos seus sentimentos, do quê que modificar pode gerar menos ou mais dor, dar esse suporte de informação ou só de formação a respeito de saúde, de cuidado (...) esse modelo de saúde, essa coisa de informar, de trocar essa informação, de buscar isso”* (E1).

Deste modo, o papel do psicólogo na saúde se afasta em determinados momentos da centralidade no sujeito que as demais respostas trouxeram. Já no início da fala, a Psicologia é diferenciada da psicoterapia. Uma outra diferença encontrada é que, na seqüência da fala, encontramos uma reflexão sobre seu próprio trabalho: *“O psicólogo na rede pública tem que ser um profissional extremamente dinâmico e prático. Ele tem que fazer psicologia. Ele tem que tratar dessa procura, desse sofrimento e não dá para você saber. Você tem que... se é uma coisa mais prolongada é uma questão da atuação e do perfil desse profissional, dentro dessa realidade, dessa realidade de doença e aí eu algumas vezes tenho uma prática em que consegui em alguns momentos ser um profissional de saúde e em alguns momentos ser um profissional de doença. Porque ainda não se rompeu esse serviço, que eu acho que seria muito mais saudável e produtora”* (E1).

Apresentamos neste capítulo os temas de análise e falas que os exemplificam. A seguir aprofundaremos nossa análise realizando uma interpretação/reinterpretação desses resultados à luz do referencial da ideologia.

CAPÍTULO IV – INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Não se pode negar a primazia do cenário clínico no desenvolvimento de grandes sistemas teóricos da Psicologia, bem como a preferência pelo exercício da psicoterapia enquanto prática do psicólogo. Segundo pesquisa realizada para o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000), os resultados revelam que a Psicologia Clínica continua sendo a principal área de atuação – aproximadamente 55% dos casos, sendo que a Psicologia da Saúde vem em seguida junto com a Psicologia Organizacional – em torno de 12% dos casos entrevistados. O atendimento em consultórios particulares é o mais freqüente, pois cerca de 45% dos profissionais exercem ali sua atividade principal.

Ainda, numa pesquisa sobre o trabalho do psicólogo em hospitais de Natal realizada por Yamamoto e Cunha (1998), os resultados indicam uma extensão do atendimento convencional clínico, adaptado às exigências de um contexto (de carência) da saúde pública, ou seja, as práticas desses profissionais constituem-se de maneira geral em adaptações de recursos empregados em consultórios particulares. Há uma maciça utilização da psicoterapia breve, ou focal, apoiada nos referenciais teóricos da Psicanálise, do behaviorismo, etc. Ou seja, ainda a psicoterapia ou o modelo clínico predomina nas práticas profissionais dos psicólogos brasileiros, mesmo nas atividades exercidas em hospitais ou centros de saúde.

Abrigando paradoxalmente tanto a pequena parcela dos mais altos rendimentos como um grande contingente dos mais baixos rendimentos, a busca pela modalidade de atuação psicoterápica é realimentada pelos psicólogos em si. São eles próprios, considerados os mais bem-sucedidos, que garantem, pela divulgação de seus conhecimentos teóricos e práticos, a

legitimação de um modelo de atuação e também um modelo de “naturalização” da psicoterapia enquanto condição embutida, implícita ou explicitamente, no modelo da própria formação complementar (Langenbach e Negreiros, 1988).

Para poder *ajudar as pessoas* e ganhar a vida, nosso grupo de colaboradores também encontra seu caminho de profissionalizar a Psicologia preferencialmente na modalidade de atuação clínica (psicoterapia) que, por sua vez, se apóia na própria representação do mundo de cada um deles, bem como em uma bagagem bastante diversificada de referenciais e aprimoramento teóricos, enquanto ferramentas que geram a inteligibilidade de sua prática.

A escolha profissional – a escolha do poder

A discussão em torno da Psicologia como profissão de ajuda tem merecido investigações das mais variadas ao longo do tempo, sob várias perspectivas. Podemos afirmar que os motivos que nossos entrevistados dizem os terem levado à escolha da Psicologia como profissão aproximam-se consideravelmente dos resultados apontados nas pesquisas de Carvalho *et alii.* (1988) e Magalhães *et alii.* (2001), para mencionar apenas algumas delas.

Existem muitos fatores individuais e sociais que se conjugam quando se escolhe uma profissão. Para a maioria dos nossos entrevistados, a escolha profissional pela Psicologia é mencionada como tendo a ver com uma intenção pessoal de ajudar os outros, ou seja, colocam a concepção da Psicologia como profissão voltada para atender ao próximo. Tal orientação assistencialista ou prestadia pressupõe que o trabalho seja exercido por pessoas que cultivam valores humanísticos ou religiosos, que possuem preocupação social e cujas habilidades interpessoais são instrumentos para a solução dos problemas que defrontam.

O devotamento à idéia de preocupação com a “ajuda ao próximo” que emergiu dos resultados de sua pesquisa levou Carvalho *et alii.* (1988) a considerarem tal preocupação como uma “mística”. A mística de dedicação ao próximo pode ter a ver com uma identificação entre Psicologia e Psicologia Clínica pela predominância da clínica enquanto imagem social do psicólogo que o aproxima da imagem dos guias espirituais e confidentes (Carvalho *et alii.*, 1988).

Essa mística da dedicação ao próximo, essa ajuda preconizada pela profissão, está baseada provavelmente nos poderes de cura, sejam estes advindos da aplicação técnica ou mesmo de poder pessoal. Também considerarem suas qualidades de conversar como habilidades pressupostas a suas escolhas, pode ter sido uma forma encontrada para receber a admiração das pessoas. Em alguns momentos, nesse desejo de ajudar os outros, o profissional torna-se a própria imagem do filantropo desprendido, que no exercício da profissão exerce uma caridade despreziosa: *“Eu não viso tanto o lado financeiro, eu mais procuro ajudar quem me procura”* (E5).

Essa escolha pelo saber/poder técnico, por sua vez, pode estar baseada numa visão pragmática e intervencionista da profissão: *“Era a Psicologia que iria me dar aquilo que eu achava que era fascinante. Além de ganhar a vida, não é, de ganhar dinheiro que a gente precisa para viver, eu achava que a psicologia é que iria me dar aquilo que eu queria e que a filosofia não podia me dar. (...) Fiz o curso e não me enganei. Porque ia me dando respostas assim, de sabedoria, da vida. Porque eu acho que é uma profissão que é técnica, mas eu acho que ela está sempre dando chance da gente aprender algo mais. Trabalhar com o ser humano é isso”* (E2).

O espírito objetivo pressuposto pela fala acima, em “*uma profissão que é técnica*”, pode ser compreendido como próximo ao “mesmo espírito objetivo com que o biólogo estuda uma colméia” ou “a organização e o funcionamento de um organismo”, cuja objetividade, para ser alcançada, precisa estar desvinculada de sentimentos, crenças e desejos pessoais, cujas idéias são provenientes do positivismo clássico (Löwi, 2000). Essas idéias ainda estão presentes no cenário da saúde, principalmente quando se trata do meio médico institucional, pragmático e intervencionista. É possível, portanto, imaginar que quando o psicólogo entra em contato com contextos sociais estruturados que ao longo do tempo têm sido campo do saber/poder médico (Singer *et al.*, 1978), entra em contato também com tais idéias, que passam a fazer parte de sua rotina e de suas representações sociais de saúde.

Deste modo, os entrevistados fizeram também uma opção por um determinado tipo de poder, qual seja, sua capacidade de exercer influência, de eliminar o sofrimento de outra pessoa através de conhecimentos profundos sobre a natureza humana, por seu elevado grau de altruísmo, ou pela aplicação de um saber técnico. Por detrás de sua declaração de querer ajudar as pessoas, pela aplicação de um saber que é imponderável ou técnico, está provavelmente a busca de uma relação vertical, onde o psicólogo seria o “salvador” ou o “solucionador” e o paciente, dependente desse saber/poder de referência, tal como apontado por Magalhães *et alii.* (2001).

Em alguns momentos, esse poder/saber de referência profissional, como em uma das falas encontradas, chega a ser explicitamente declarado um poder de auto-referência, ou seja, como se o psicólogo tivesse, em razão de seu papel de “escutador”, um *status* superior ao daqueles que o procuram, pois está mais na frente do caminho: “*Eu sou uma escutadora, eu sou... eu faço eco pra pessoa daquilo que ela me traz pra ela fazer a própria compreensão e*

eu sou aquela pessoa que já tá mais na frente do caminho e que diz assim ó: tem pedras assim, assim, vamos supor que ela ainãa não chegou nesse pedaço do caminho que tem pedras com determinadas características. Aí eu pontuo pra ela: tem pedras com essas características e eu fiz assim” (E8). O que fica subjacente nas seqüências dadas a essa fala é a de que existe um caminho específico a ser seguido por todas as pessoas, o que a diferencia em parte das demais falas, pois parece denotar uma orientação mais persuasiva do que prestadia.

Precisamos estar atentos, então, para o fato de que os psicólogos estabelecem, nas suas representações sociais de saúde, uma relação de poder. Tal relação explica-se pelo fato de que todo o seu conhecimento psicológico sobre saúde está dentro de contextos socialmente estruturados, onde a distribuição e o acesso a recursos disponíveis não são igualmente distribuídos. Deste modo, sua localização social, as qualificações e o reconhecimento associados à sua posição social proporcionam-lhe certo poder enquanto capacidade e conhecimento socialmente ou institucionalmente conferidos a eles, como profissionais qualificados que são (Thompson, 1995:195).

As psicoterapias compartilham com as problemáticas e os desafios das ciências sociais e do campo da saúde mais especificamente, quais sejam, os de superação de dicotomias históricas, que subjazem às visões de homem e de mundo ao longo da história de sua consolidação enquanto campo de atuação profissional legitimado. Assim, seus pressupostos sobre saúde e suas propostas de intervenção na vida das pessoas precisam ser colocados também sob um olhar crítico/histórico constante.

Se trabalharmos *para* ou *com* o homem, trabalhamos também *para* ou *com* a sociedade. Deste modo, precisamos desvelar o que está por trás de nossa própria formação

enquanto categoria profissional e nossa inserção em determinada classe social, pois assim estaremos cientes de qual seja o tom de nossa ação/discurso na construção da realidade social. A ideologia liberal continua impondo definição própria de saúde, assim como nossa *práxis* particular de classe impõe-nos algumas restrições. Como profissionais advindos desta prática histórica, tentamos desvelar algumas de suas bases ideológicas, ainda que outras nos passem despercebidas, continuem ocultas, em razão de nossa própria origem.

As bases ideológicas das psicoterapias levam-nos a questionar, inclusive, os estilos terapêuticos, bem como sua proposta de vínculo com os clientes. Poderíamos presumir que haja uma ideologia já explicitada pela própria escolha de um trabalho 'liberal', 'autônomo', na clínica 'particular'; mas ao mesmo tempo, pensamos que este também *pode* ser um microespaço de resistência ao poder estabelecido. No entanto, no presente trabalho, consideramos ser mais importante salientar a ideologia liberal e positivista implícita nas idéias ou intervenções orientadas para certas direções (independentemente do local de atuação), pela utilização das representações sociais de saúde de nossos entrevistados, com relação ao significado que têm para o contexto social mais amplo em que circulam.

Assim, as representações sociais de saúde encontradas nas falas dos psicólogos entrevistados estão ancoradas na sua história pessoal, na sua trajetória em direção à Psicologia e em seus referenciais teóricos, nas idéias de saúde que permeiam a história da ciência e profissão de seu tempo, e estão articuladas ainda nos contextos sociais estruturados de sua prática. Nesse sentido, cada entrevistado não fala aqui apenas em seu nome: ele é sujeito da ação e porta-voz de sua categoria enquanto profissional de saúde.

Traremos a seguir nosso esforço de discussão criativa na compreensão dos dados desta pesquisa, em que interpretamos/reinterpretamos o significado de saúde e a visão de homem subjacente, a relação da Psicologia e saúde, indicando o lugar social da Psicologia na saúde, e também uma discussão sobre a dimensão espiritual ou mística e as práticas psicológicas.

O significado de saúde – a visão de homem subjacente

O significado das respostas em que se considera saúde como uma *integração de aspectos físicos e psicológicos* ou como o *equilíbrio de aspectos físicos, psicológicos e espirituais*, ou mesmo entendendo esse *equilíbrio como ausência de doença*, queiram os sujeitos ou não, remete saúde a uma dimensão de normalização de determinados padrões. Pressupõe uma medida de valorização na direção de uma certa conformidade que precisa então ser cumprida.

Apesar dessa linha em comum há especificidades nas respostas: por um lado, temos uma resposta que denota uma posição estritamente dicotômica, o sujeito entendendo que saúde é equilíbrio e que equilíbrio é ausência de doença, sendo esse equilíbrio assim compreendido:

“A pessoa ter condições de dominar as suas emoções. Porque as emoções estão dentro de nós (...) então elas eclodem mais ou menos intensamente” (E5).

Ele retoma, desta forma, uma compreensão ortodoxa da Psicanálise sobre a patologia que enfatiza a repressão de tendências pulsionais apriorísticas, considerada como uma das limitações que atravessou praticamente toda a história da psicoterapia (González Rey, 2001).

Para alguns psicanalistas, esta é uma compreensão que atravessa a própria história da psicanálise no Brasil, pois fruto de uma prática atrelada à imanência psíquica (*pulsões*), não atenta à heteronomia (*apropriação psíquica do “poder” que vem de fora*) como estruturante do psiquismo preconizada nos escritos de Freud, embora este, ao desvelar os processos psíquicos inconscientes e suas vicissitudes na vida mental, tenha estado atento desde o início de sua teorização às influências do “mundo externo e seus entrelaçamentos nos processos identificatórios constituintes das individualidades” (Caniato, 1997).

Essa lógica fica mais clara na continuação da fala anterior:

“Se eu estiver apaixonada por alguma coisa, que essa música que passou agora por aqui me lembre aquilo e eu quiser te relatar... não vem ao caso eu te relatar nada sobre alguém que me lembrou essa música porque eu não estou dominando as minhas emoções. Então eu estaria em desequilíbrio emocional que pode levar a um desequilíbrio mental!” (E5).

Ou, mais especificamente, melhor calar as paixões! Vamos tentar explicar melhor isso.

Freud compreende que a atividade psíquica é acionada por estímulos externos e internos, sendo que esses estímulos internos têm origem somática, surgem no próprio organismo; a esses estímulos internos, denomina *pulsões*. No desenvolvimento de sua *Teoria das Pulsões*, divide os estímulos internos ou somáticos em *pulsão sexual ou Eros* (vida) e *pulsão de morte*. O conhecido *Complexo de Édipo*, descrito por Freud, é um exemplo clássico que nos ajuda a compreender o caráter imanente, ou apriorístico, dessas pulsões ou estímulos internos.

De qualquer modo, com Bahktin (2001:20) poderemos ver que “todas as manifestações e conflitos psíquicos, que a psicanálise freudiana⁵ traz ao nosso conhecimento, são *inter-relações e conflitos complexos entre as respostas verbalizadas e não verbalizadas do homem*”, ou seja, da consciência com o inconsciente. A compreensão da essência sociológica dos conflitos psíquicos parece não ter sido compreendida, pois Freud os coloca dentro dos limites estreitos de um organismo individual e seu psiquismo. Assim, processos essencialmente sociais são explicados a partir da psicologia individual, e para Bahktin (2001), Freud não sustenta até o final de sua obra a perspectiva da experiência externa, pois no subjetivismo de seu método os conflitos do comportamento humano são focados de dentro, introspectivamente.

Num outro grupo de respostas, os entrevistados falam da integração de vários aspectos, sejam psíquicos, fisiológicos e por vezes espirituais, numa tentativa explícita de superar uma dicotomia. No entanto, na medida em que pretendem uma integração, a concebem, ou seja, na verdade trabalham com essa dimensão dicotômica. A negação trazida na resposta é em si mesma uma afirmação implícita ou explícita da divisão dos aspectos (Konder, 1985).

O trabalho com essa dimensão dicotômica se evidencia claramente numa das falas encontradas:

“Saúde é tu estar bem físico e mentalmente (...) Harmonia, harmonia do vamos dizer... tem um problema, tem a frieza de separar as coisas e não separar só no plano mental e depois somatizar. Elaborar. Direcionar teu pensamento e trabalhar teu pensamento para que

⁵ Esta é uma interpretação baseada apenas na fala do entrevistado e num certo momento da construção da teoria psicanalítica.

não afete o físico. E se tiver alguma coisa física, pensar. Por que, que eu estou assim? O que aconteceu? O que tem a ver? Como é que eu vou curar isso, como é que eu vou eliminar? E elimino!” (E3).

Assim, na lógica desta fala, em que é necessário se ter “*frieza*” para “*direcionar*” o pensamento e “*trabalhá-lo*” de modo a não afetar “*o físico*”, fica bastante clara a visão liberal de homem subjacente à representação de saúde do entrevistado, pois ele acaba centralizando no próprio indivíduo a responsabilidade por uma harmonia que precisa ser apenas atualizada, pois está *a priori* potencialmente instalada em si mesmo. Ou seja, é como que um movimento de ida e volta, como se fosse natural, do pensamento para o físico, do físico para o pensamento; um movimento dicotômico que é realizado, na verdade, de si para si mesmo. Tal dicotomia pressupõe um esforço físico/mental que depende do próprio sujeito, o que na fala em questão é tomado como incontestável e evidente.

Ainda seguindo essa linha de pensamento do entrevistado, numa visão prospectiva de uma situação psicoterapêutica, por exemplo, onde tal ‘solução’ não fosse encontrada, em que tal sujeito tivesse seu físico *afetado* por seu pensamento, ou vice-versa, então provavelmente ele próprio deveria ser culpabilizado pelo fracasso terapêutico. Porque é no sim ou não, é na dicotomia do sucesso ou fracasso da atualização da capacidade harmônica do sujeito *per se* que está baseada a sua saúde, ou seja, no controle, na garantia e na responsabilidade do sujeito por sua saúde física e psíquica, que é alcançada, assim, por uma saúde *pensada* corretamente.

Para reforçar ainda tal concepção de homem e a centralidade no sujeito em que o significado dado à saúde remete, temos uma outra resposta, na qual um entrevistado nos diz

que saúde tem a ver com a percepção de que se é livre para escolher o que se quer ser e o que se quer fazer, a par do bem-estar que isso proporciona:

“Saúde é liberdade e bem-estar. Eu acho que uma pessoa saudável é aquela que percebe que ela é livre pra escolher a vida dela, pra escolher o que ela quer ser, o que ela quer fazer e se sente bem com aquilo que ela escolhe (...) Acho que saúde é conexão, saúde é liberdade e saúde é uma coisa que acho que muitas vezes a gente não vive na nossa cultura, na nossa sociedade, então eu acho que hoje em dia ajudar as pessoas a resgatarem a sua saúde é um papel muito importante que a gente tem, muito sério. Eu acho que o nosso trabalho é um trabalho muito sério” (E4).

Concordamos com a seriedade da intenção do resgate da saúde das pessoas como um objetivo do trabalho dos psicólogos, levando em conta o que nos diz o entrevistado acima. Porém, entendemos que perceber que não se é livre, por vezes, ou então que só é possível entender a liberdade a partir das condições reais e concretas de existência; o que apresenta ao conceito uma dimensão necessariamente histórica e relacional, é uma compreensão mais condizente com um débito histórico da ciência psicológica, e também da psicoterapia enquanto profissão de saúde. Saúde enquanto *saber-se livre* vai claramente ao encontro da visão liberal de homem, que tem como pressuposto básico o individualismo, em que cada um é naturalmente livre e todos são supostamente iguais para encontrar essa liberdade dentro de si. A questão fundamental parece-nos, para que a intervenção possa ser **libertadora**, não seria a de uma mera “percepção” da liberdade preexistente em si, mas de uma “condição” de liberdade que se constrói, ou não, socio-historicamente.

Assim, as condições de existência, e por sua vez as desigualdades sociais, continuam obscurecidas na fala em questão pelo fortalecimento de um “eu” liberto ou não, por natureza e por credo, e de certa forma aprisionado em si mesmo pela aplicação de um poder *imponderável* ou *técnico*.

Deste modo, antes ainda de chegarmos às respostas dos entrevistados que nos dizem da relação de Psicologia e saúde, ao tomarmos apenas o significado de saúde é possível identificar a concepção de homem com a qual eles trabalham: para sete, dos oito profissionais entrevistados, o homem é visto como causa e consequência de si mesmo, enquanto um sujeito de certa maneira descolado de uma realidade e de um contexto social. Ao pretenderem a integração dos aspectos, sejam eles físicos, emocionais, espirituais, ou uma conexão com uma liberdade inerente ao psiquismo do homem, eles pressupõem ao mesmo tempo noções dicotômicas sobre o ser humano, que o profissional da Psicologia deverá resolver.

Assim, ao representar saúde, este grupo de entrevistados traz predominantemente as noções de equilíbrio, harmonia, dentro de uma dimensão de normalidade e que vão ao encontro de uma clara concepção de homem do liberalismo, ao instituir ou analisar sujeitos a partir de determinados padrões e modelos. Partem da idéia de natureza humana enquanto essência originária universal e eterna; naturalizam o homem ao invés de historicizá-lo e tomam o psiquismo como um *a priori* a ser desenvolvido no homem, sem levar em consideração as condições materiais constitutivas desse psiquismo, ou seja, as desigualdades sociais. Assim, a atualização dessa essência do homem aconteceria *pari passu* aos estímulos adequados provenientes de seu meio social e cultural, e a mudança das condições sociais fica fora de seu foco de reflexão profissional em seu discurso sobre saúde.

O sujeito em que centram suas respostas, então, nada mais é do que a própria atualização do potencial de vida que habita em si, cuja saúde depende quase que exclusivamente de uma nova atitude em direção à sua própria subjetividade que deverá emergir no curso da psicoterapia. Têm eles uma concepção do homem como centro do mundo e livre para seguir seu caminho, ou seja, a mesma que fez nascer o humanismo moderno. A realidade psíquica deste sujeito é considerada como tendo uma existência pré-simbólica e até anti-simbólica, e não supõe em momento algum que a libertação dos conteúdos vitais profundos possa comprometer a vida em sociedade. Pelo contrário, supõe-se “uma compatibilidade entre a autêntica realização do indivíduo e a felicidade coletiva” (Figueiredo, 2000:132).

Apenas uma das respostas, no entanto, remete a uma contextualização mais ampla do significado de saúde, pressupondo uma outra visão de homem. Assim, saúde tem a ver com as condições de existência, e também com mudança de atitude do profissional de saúde.

e) Saúde tem a ver com as condições de existência, com mudança de comportamento.

Saúde é informação.

Depreende-se dessa fala que saúde tem a ver com mudança de comportamento, a exemplo de Cuba⁶, e que não adianta se ter um conceito muito bonito de saúde se o profissional de saúde enquanto um modelo de saúde como tal, não muda sua própria atitude e continua a trabalhar como profissional da doença:

⁶ Sobre um exemplo cubano veja-se Morales Calatayud (1991).

“Não é o que os postos de saúde fazem ainda. Os postos de saúde trabalham com a doença, com essa coisa, o sintoma da dor, não trabalham com os aspectos (...) por exemplo (...) até um tempo atrás nós tínhamos as gestantes que vinham ao posto de saúde e eram tratadas como doentes, numa instituição que trabalha a doença que não é para tratar a doença, é tratar a saúde. E elas [as gestantes] tinham o comportamento de doentes. Hoje então estamos modificando isso (...) nós estamos trabalhando aqui com eles, como por exemplo, a questão do lixo, que isso é saúde, cuidado, que isso gera doença, se não tratar gera sofrimento, gera rotina inclusive, a rotina da doença (...) questão de higiene de animais, por exemplo, isso é saúde também... A questão de tratar o pátio desse animal que a criança entra em contato, e recebe aí bicho-do-pé, bicho geográfico, toxoplasmose, uma montoeira de coisa. E que as pessoas acham que a doença é uma coisa que tem que ser tratada lá no posto de saúde... e tem que ir lá tomar um remedinho mas não tem idéia do quê que provoca a questão da desnutrição que a gente trabalha aqui também, dos subnutridos, então todas essas questões, isso nós estamos começando a fazer. Não em nível de rotina de comportamento. Não adianta você mudar, se o paciente, se o profissional, não muda a atitude e o comportamento relacionado à saúde. Você pode ter um conceito de saúde muito bonito. Todos têm. Todos falam que saúde é saneamento, é educação, é isso, é aquilo... Mas qual é a criatividade? Como é que é esse comportamento? Qual é a atitude do profissional que ele tem que ter para trabalhar com saúde e não com doença?” (E1).

A resposta denota uma noção de saúde que não tem a ver apenas com a centralidade no sujeito individual - auto-atualização de um potencial de resolução de saúde que seja inerente a esse sujeito-, deslocando nossa atenção para dados da realidade social. Assim, o entrevistado inclui questões mais amplas como desnutrição, lixo, higiene de animais, natalidade, AIDS, uso de preservativos, etc. A noção de homem subjacente à noção de saúde

nessa lógica parece não ficar atrelada a questões meramente imanentes, apriorísticas, enquanto características da pretensa essência do ser humano. É possível reconhecer, ainda, nessa resposta, o poder/saber de referência do profissional quando o entrevistado diz que esse saber deve ser utilizado como suporte informativo na comunidade, pois informação é saúde, informar é propiciar saúde.

A relação da Psicologia e Saúde – o lugar social da Psicologia na Saúde

Algumas representações sociais de saúde encontradas nas falas de nossos entrevistados, como por exemplo “*Psicologia é saúde!*” (E3) ou ainda “*Quem é bom da cabeça, como diz o povo, não adoece*” (E6), remetem a ciência psicológica para uma ideologização reducionista. Isso significa dizer que a Psicologia - ou mais precisamente, a psicoterapia - tem o poder de curar a doença, e assim, tendo técnica e poder, o equacionamento da saúde das pessoas é meramente uma questão do número de profissionais para atendimento da demanda e, de certa forma, de a demanda ter poder aquisitivo para pagar o serviço.

Um dos entrevistados discute a relação da Psicologia com a saúde falando que se toda a população pudesse ter acesso aos consultórios de Psicologia não haveria praticamente problemas de saúde. Ao dizer isto, denota uma visão ideológica e reducionista, porque reduz praticamente todos os problemas sociais, econômicos e físicos decorrentes de toda uma conjuntura, ao psicológico. Então, se quase tudo é psicológico, a psicoterapia pode resolver praticamente tudo, e assim o profissional tem algo de “divino”, de “grandioso”, pois afinal está lá para ajudar a pessoa a encontrar esse equilíbrio.

“A Psicologia é saúde! Se, por exemplo, nós conseguíssemos resolver, dar um atendimento para toda a população, quem quisesse, teria psicologia, não teria quase pacientes nos consultórios médicos. Se nós conseguíssemos, num plano ideal, resolver, claro, que umas pessoas mais e outras menos, mas se tivessem a consciência e procurassem o serviço e fizessem realmente tratamento, a demanda de problemas físicos diminuiria bastante. Ficaria mesmo o problema já que não tem mais solução” (E3).

O entrevistado reconhece ao menos uma limitação do trabalho psicoterapêutico, uma limitação com relação à classe social. Num primeiro momento, diz que “o pobre, pobre” não vem porque não sabe que tem, não tem a informação do serviço. Depreende-se disto que se as pessoas soubessem e viessem para serem atendidas pelo serviço psicoterapêutico, seus problemas de saúde seriam resolvidos. Mas na seqüência de sua fala ele nos diz que a psicoterapia “não pode” resolver os problemas econômicos das classes sociais de menor poder aquisitivo (onde poderíamos até supor uma contradição que denotaria uma minimização do reducionismo ao psicológico que mencionamos anteriormente e até uma certa ampliação da perspectiva do lugar social da Psicologia na perspectiva de saúde do entrevistado). Assim, o “poder” psicológico fica circunscrito à condição de classe social, ou seja, a psicoterapia pode resolver todo os problemas de saúde das classes sociais de maior poder aquisitivo, que vão para os consultórios particulares, e das classes sociais de poder aquisitivo considerado médio, que vão para o posto de saúde. Mas, se esse “poder” fica circunscrito à classe econômica, seguindo a lógica de sua fala, bastaria apenas resolver o problema de classe, dar dinheiro para as pessoas de menor poder aquisitivo, comida, que assim “o poder” da psicoterapia poderia ser resgatado:

“Na saúde pública a gente deveria ter mais recursos, por exemplo, poder ter uma assistente social que pudesse ir nas casas, informar, visitar. Pra gente poder fazer a prevenção também. Quanta gente lá nos morros não sabe que tem psicólogo aqui. Então no serviço aqui que eu vejo, o acesso ainda... o rico não vem porque não vai ficar sentado ali, esperando, vai para o particular (...) o pobre, pobre também não vem. Porque ele precisa de comida, ele precisa de outras coisas. E ficar falando? E eu não vou dar nada pra ele. Eu não vou dar dinheiro pra ele pagar a luz. Então a gente ainda tá distante dessa coisa da Psicologia comunitária, de conscientizar” (E3).

Nessa fala se considera a existência de uma distância entre a psicoterapia e a Psicologia comunitária, as dificuldades do serviço público de saúde e a necessidade de prevenção, e se critica de certa forma o assistencialismo de Estado embutido no serviço público de saúde. Ainda assim a lógica que está presente para o equacionamento da saúde se baseia apenas na melhoria de recursos econômicos e de profissionais, sem levar em conta uma reflexão sobre o significado de saúde, sobre a prática da Psicologia exercida nos serviços de saúde.

Os resultados de um estudo sobre as representações sociais das atividades profissionais do psicólogo em seguimentos de classe considerada de poder aquisitivo médio e de classe de menor poder aquisitivo, realizado por Souza e Trindade (1990), indicam que o modelo clínico de atuação profissional serve como um elemento básico para fomentar o desconhecimento do que seja um psicólogo. A maioria dos participantes de classe de menor poder aquisitivo não possuía naquela época (é pelo que nos diz o entrevistado, ainda não possui) qualquer representação do objeto estudado por eles, ou seja, das atividades

profissionais do psicólogo, por um total desconhecimento do que venha inclusive a ser um psicólogo.

Ainda que a fala demonstre consciência das desigualdades sociais, das condições de existência, o lugar social do trabalho do profissional da Psicologia fica circunscrito a uma visão de homem como causa e consequência de si mesmo, por uma representação social ideologizante de que “*Psicologia é saúde*”, e assim, aplica o que entende por saúde em seu trabalho, para que o sujeito encontre a *harmonia* dentro de si. Ou seja, não se tem noção de que a própria psicoterapia centrada no indivíduo que é exercida nos contextos estruturados dos serviços de saúde não favorece a resolução das desigualdades sociais que são apontadas na fala do entrevistado. Sabemos que os serviços de saúde são decorrentes de uma longa história, e podemos dizer que “produzem” saúde, ou seja, criam as condições tanto materiais quanto psicológicas indispensáveis para o desenrolar da vida política, social e econômica nos moldes determinados pela ideologia dominante (Singer *et al.*, 1978:37).

Uma outra resposta também relaciona Psicologia com promoção de saúde de uma maneira quase absoluta, reduzindo o problema de saúde ao aspecto psíquico e remetendo sua resolução à prática psicoterapêutica. Deste modo, coloca o psicólogo no lugar imponderável e magnânimo de curar as pessoas, e está baseada no senso comum de que “*quem é bom da cabeça, como diz o povo, não adoecer*” (E6).

A dimensão ideológica dessas respostas centra-se na perspectiva de que, ao aceitarmos que quase cem por cento das doenças são causadas pelos conflitos psíquicos, deixamos de lado qualquer dimensão social da doença, deixamos de lado a dimensão da construção social do conflito psíquico pela contingência histórica, e ainda obscurecemos o fato de que a

representação social de saúde do *povo* foi construída em parte com base nas idéias psicologizantes engendradas pela própria ciência psicológica, ao longo de sua construção. Uma *outra* face da psicologia fica obscurecida, ou seja, a sua participação na construção social da doença.

Numa outra resposta, *todas* as relações entre Psicologia e saúde são estabelecidas, isso se dando em vários níveis, a saber: individual, grupal, social e planetário, e diz que todos esses níveis de relação estão interligados: “São tantos os níveis (...) individual (...) grupo (...) o psicólogo tem papel na sociedade brasileira (...) no planeta (...) no fim isso tudo tá numa rede entretecida, não tem nada separado de nada” (E8). Conseqüentemente, seriam vários os níveis de atuação do psicólogo com relação à saúde das pessoas, que assumiria seu papel diferentemente em cada um deles. Num primeiro momento, pensávamos ter encontrado um discurso que levaria à discussão e reflexão sobre a Psicologia e sobre a profissão numa outra esfera que não aquela centrada especificamente no sujeito, pois em sua fala encontramos inclusive uma abertura de discussão sobre a utopia preconizada no conceito de saúde da OMS:

“Eu acredito naquele conceito da OMS, que Saúde é o completo, ele é utopia (...) é o completo bem-estar biopsicossocial e espiritual. Então, pra mim, estar saudável é estar também emocionalmente saudável, comportamentalmente saudável, socialmente saudável, ligado com a divindade de alguma forma, e com esse corpo sendo nutrido, respirando, de um jeito que seja legal. Cem por cento legal não dá. Porque tem aquilo que ocorre com a gente que ocorre fora da gente que tá sempre promovendo terremotos e a gente sempre precisando voltar pro centro, mas eu acho que dentro de um nível bem aceitável de interação dessas

coisas a gente pode ser saudável, dentro desse conceito. Não 100% saudável, mas saudável” (E8).

Ao explicitar o papel do profissional com relação ao nível individual de que fala, esse entrevistado relata que tem papel de escutador e de alguém que já está mais na frente do caminho. Num primeiro momento, poderíamos depreender que estar mais à frente significasse sua relação com o saber psicológico propriamente dito, com sua condição de ser um profissional que possui um determinado saber/poder e o põe a serviço do cliente, que orienta e trabalha para e com a pessoa, referendada naquele conhecimento. No entanto, não é exatamente desta perspectiva científico-profissional que entende estar *mais à frente do caminho*. Na sua lógica, existe de fato o caminho a ser seguido, e, na sua intervenção, pode apontá-lo com base na sua própria experiência de crescimento pessoal ou de conhecedor:

“Eu sou aquela pessoa que já tá mais na frente do caminho e que diz assim ó: tem pedras assim, assim, vamos supor que ela ainda não chegou nesse pedaço do caminho que tem pedras com determinadas características. Aí eu pontuo pra ela tem pedras com essas características e eu fiz assim. E quando eu tava nesse caminho e essa pedra tava lá, outra pessoa que também veio nesse caminho fez assim. O quê que seria pra ti fazeres com essa pedra” (E8).

Podemos depreender na fala em questão a centralidade no sujeito, quase que absoluta, da intervenção terapêutica, e essa centralidade no sujeito tem a ver também com uma auto-referência enquanto o profissional é tido como alguém que já alcançou ou está mais na frente *do caminho* a ser percorrido na vida. Esta lógica fica ainda mais clara na medida em que esse discurso avança nos demais níveis que são considerados no trabalho terapêutico.

No nível grupal, quando dá palestras, por exemplo, o entrevistado relata que tanto pode fazer trabalho informacional como pode representar, na sua inteireza, “a essência” do vir-a-ser dos outros. A centralidade de sua intervenção no sujeito em si mesmo é ainda corroborada ao relatar o papel social do psicólogo, pela frustração com a idéia engendrada de que os problemas estão fora das pessoas:

“E a nível de sociedade, eu fico muito frustrada quando nós profissionais ficamos ainda corroborando com a idéia de que os problemas estão fora da gente. E eu acho que a nível social o nosso papel é muito, muito, muito, muito ficar trazendo pras pessoas a diferença de percepção, a possibilidade de sempre encontrar saída, independentemente do problema que se vive, a coisa de trabalhar com a sociedade o auto-referenciamento também, não se colocar como vítima dos processos sociais, se colocar como agente nesse processo social” (E8).

Assim, parece estar clara uma preferência em se corroborar a idéia de natureza humana, a idéia de que todos os problemas são intrínsecos aos homens e que a solução está dentro de cada pessoa, desconsiderando-se de certa forma problemas inerentes às condições materiais de existência, à questão das desigualdades sociais que têm a ver com relações sociais desiguais engendradas em parte por essas mesmas idéias psicologizantes. Se levarmos essas falas ao extremo, poderíamos supor que pessoas que são vítimas de processos sociais injustos, que não encontram saídas por sua própria conta e risco, são inteiramente responsáveis por não encontrá-las.

Mesmo que indiquem uma busca pela inter-relação de vários níveis de trabalho, individual, grupal, social, e até planetário, na intenção provável de um trabalho holístico,

ainda assim as respostas em questão ficam presas a uma noção de homem centrado em si mesmo. Remetem mais especificamente apenas às questões de autoconhecimento e de auto-referenciamento, sem considerar as condições de existência propriamente ditas.

A análise da fala de outro entrevistado sobre a relação entre Psicologia e saúde, por sua vez, permitiu constatar que uma posição profissional de abertura de campo de trabalho para a Psicologia, na modalidade de psicoterapia entre os profissionais da medicina, influencia o discurso psicológico sobre saúde:

“Eu acho que tem tudo a ver. Assim como o psicólogo pode trabalhar numa empresa, ele pode trabalhar num hospital e cada um tem o seu trabalho específico. Agora eu acho assim que na nossa cultura, tem uma fração muito pequena de pessoas que têm acesso ao tratamento psicológico nos consultórios e até tem bastantes convênios hoje em dia, até já acho que abriu um pouco a possibilidade. Mas muita gente não tem condição alguma ainda assim. E nos hospitais, por exemplo, num hospital como esse aqui que é um hospital geral, se tivesse assim cinco psicólogos, cada direção que entra que me pede o relatório do que eu faço, eu digo que é para vir mais cinco psicólogos, no mínimo, poderia fazer um trabalho mais ampliado porque existe um campo imenso de trabalho. (...) o psicólogo passou a fazer parte da rotina deles [médicos]” (E2).

Aqui, depreende-se um trabalho do tipo “pragmático” e intervencionista que parece ter recebido influência da inserção profissional no meio médico hospitalar. Está pautada em um discurso que considera a história do sujeito, porém restrita ao problema orgânico que apresenta.

“O papel do psicólogo é trabalhar a parte emocional da saúde, independente do contexto (...) É promover a saúde psicológica (...) Eu vejo (...) o paciente num todo e trabalho o paciente psicologicamente em termos desse todo. Eu trabalho a experiência dessa pessoa. Sempre que eu começo um trabalho como, por exemplo, com uma pessoa, que seja de que clínica que ela venha, eu faço um psicodiagnóstico. Como que ela está com essa lesão? (...) Faço entrevista clínica. O meu psicodiagnóstico é saber a história do desenvolvimento da pessoa nas etapas, a história psicológica dela... desde o começo não! Por que essa lesão aconteceu? Em que contexto? Em que pessoa? Para contextualizar esse psiquismo por inteiro (...) a experiência global da pessoa” (E2).

Há, portanto, em sua fala a valorização do contexto, porém imediatista, o que reduz de certo modo as questões psicológicas ao momento presente.

Aparentemente diversa das falas anteriores, a temática da liberdade aparece na fala de outro entrevistado:

“Saúde é liberdade e saúde é uma coisa que acho que muitas vezes a gente não vive na nossa cultura, na nossa sociedade, então eu acho que hoje em dia ajudar as pessoas a resgatarem a sua saúde é um papel muito importante que a gente tem, muito sério (...) Eu acho que sou um agente de saúde (...) Pra promover a conexão e a liberdade (...) Porque a grande maioria das pessoas é dissociada. Vive uma vida que não quer viver, que não quer levar (...) Eu acho que sou um agente de saúde... na medida em que eu procuro promover isso (...) Então o que a gente faz? A gente dá suporte (...) a gente diz que conexão é saúde. Então a gente trabalha com o princípio da conexão, de conectar o desejo com a força, de conectar a mente consciente com a mente inconsciente. De conectar, sabe” (E 4).

Nesta fala, parece que a liberdade fica reduzida ao psíquico, pois se trata de “*conectar a mente consciente com a mente inconsciente*”. Mas devemos lembrar, com Merani (1977), que “a liberdade só será atingida pelo exercício pleno e livre de todas as capacidades humanas que se resumem pela ação da história”, em que o aspecto psíquico é apenas uma parte do amplo campo das capacidades e atividades do ser humano. Assim, mais uma vez, toma-se uma parte pelo todo e reproduz-se a ideologia dominante.

A busca de bem-estar, de uma felicidade particular do sujeito da psicoterapia, não é em si mesma uma intenção que se deva escamotear ou não pretender alcançar ou incentivar no curso do processo terapêutico. Mas não podemos esquecer que ao levarmos em consideração a falsa dicotomia indivíduo/sociedade - individual/coletivo, poderíamos até supor que o alcance de tal bem-estar pessoal, particular, pudesse engendrar, por sua vez, o bem-estar coletivo. Isto é o que nos parece, por vezes, ser uma intenção comum, que está de fundo, como um desejo daquele que pratica a psicoterapia. Como se pudéssemos apenas “libertando” uma parte, libertar o “todo”. O problema reside no fato de que mesmo havendo essa intenção de fundo, ela fica neutralizada, ela fica embotada no processo terapêutico que não privilegia a constituição de um “indivíduo” esclarecedor desse processo. Ao libertar o indivíduo, cuja constituição é produto da sociedade capitalista que não garante a expressão das diferenças (enquanto desigualdades sociais) como pareceria à primeira vista, aprisionamos o sujeito. Ao invés de “libertar” o sujeito, ajudamos na constituição de um indivíduo *cúmplice* (Caniato, 1997) dessas desigualdades sociais, com a ilusão de que somos “únicos” porque podemos usufruir um consumo massificado que nos torna de fato parecidos com todos os demais (Furtado, 2001).

Numa outra resposta, encontramos a relação entre Psicologia e saúde e o papel do psicólogo como uma relação de responsabilidade em relação à promoção de qualidade de vida: *“A nossa função é de qualidade de vida! E o que é qualidade de vida? É muita coisa. Que resposta! Que resposta!”* (E7). Esta fala, num primeiro momento, leva-nos a pensar que talvez pudesse abarcar outras questões além da centralidade no sujeito, além da resolução da saúde no sujeito em si mesmo. Talvez pudesse levar a uma discussão e a uma reflexão sobre a atuação do psicólogo e da relação da Psicologia e saúde, num nível político/social, que remetesse às condições materiais de vida das pessoas. Que remetesse tanto a parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, etc.) como a parâmetros objetivos (satisfação de necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social) e ainda para noções de desenvolvimento, democracia, modo, condições e estilo de vida (Minayo e Hartz, 2000).

No entanto, quando o entrevistado explica o que significa a qualidade de vida a que se refere, *“a qualidade de vida nesse sentido é resgatar a auto-estima que eu acho que vem com a auto-estima muito baixa”* (E7), retoma aquela centralidade no sujeito, pois nessa fala qualidade de vida tem a ver com *“auto-estima”*, que significa:

“Como que eu tô me vendo (...) Aquela história assim... os outros não me dão referencial positivo, mas eu também não vou buscar porque eu prefiro me acomodar e achar que de repente os outros têm razão, deixa assim mesmo, um certo comodismo, então. É dar uma sacudida nesse ser que está na tua frente e fazer ver que tem coisas legais, por mais em farrapos que essa pessoa possa vir” (E7).

Essa auto-estima de que nos fala está centralizada no indivíduo em si, e se for resgatada, se a “auto-estima” estiver elevada, então tudo bem, a pessoa vai ter boa qualidade de vida e o mundo fica melhor. O mundo lá fora, nessa lógica, corrompe e estigmatiza as pessoas, então temos que ajudar a melhorar a auto-estima para que as pessoas possam lidar com esse mundo e encontrar saídas. Essa fala parece pressupor que as pessoas são inerentemente boas, mas que a sociedade não é assim. Deste modo, o papel do psicólogo seria o de ajudar as pessoas a resgatarem sua “*auto-estima*”.

“Auto-estima” (ou “baixa-estima”) é uma resposta encontrada pela ideologia dominante, muitas vezes, para circunscrever conflitos e sofrimentos inerentes de uma condição social e econômica a uma resolução também, na esfera interna do sujeito. Pode excluir questões outras, mais amplas das desigualdades sociais. A ideologia dominante tem como mola propulsora da dinâmica social a competição, e os que perdem ficam à margem, sua vida deixa de ter sentido. Assim, resgatar a auto-estima pode ter a ver com uma ilusão de que valores como o esforço, o sucesso pela competência e a própria competição, que precisariam ser resgatados pelo próprio sujeito, garantiriam a resolução do conflito (Singer *et al.*, 1978).

Diferenciando-se de todas as demais respostas, encontramos uma outra relação entre Psicologia e saúde, que é também no sentido de informar, de trocar informações dentro da realidade:

“O profissional de saúde é um profissional modelo. Então o que ele informa é muito mais significativo, tem mais significado do que o cara que está informando na televisão. Porque é aquele profissional que ele está procurando, que vai dar um tempo para ele, que

está dando atenção para todo mundo. Não é? De discutir, de conversar ou sei lá! Vamos fazer isso aqui, vamos ver se tem água parada. Para esse paciente. Olha a contaminação nossa em termos de doença... esse cidadão, esse cliente, que seja... temos que encontrar uma nova terminologia” (E1).

Nessa fala sobressai que o entrevistado reconhece o poder de referência do psicólogo enquanto profissional de saúde de certa forma empenhado com a mudança social, pois as atitudes do psicólogo e de qualquer profissional de saúde estão comprometidas com a construção ou desconstrução da inteligibilidade sobre os processos de saúde/doença.

Sabemos que os Serviços de Saúde são espaços onde a população aporta apresentando suas queixas e ritualizando suas doenças, o que garante assim o processo de reprodução da Cultura da Doença, através da reprodução das representações de seu próprio cotidiano. É, assim, espaço ideal para a troca de informações entre os vários sujeitos, é local facilitador para processos de ensino/aprendizagem sobre a condição do ser/estar doente e sobre a conduta socialmente aceita para buscar saúde (Chammé, 1994). Deste modo, o profissional de saúde pode se transformar em sujeito facilitador de mudanças ou mantenedor de um certo estado de coisas, dentro do contexto social em que se encontram as pessoas que buscam o serviço de saúde, como reconhece o entrevistado na fala em questão.

Discussão sobre a dimensão espiritual ou mística e práticas psicológicas – uma ponte para escolhas acientíficas?

A metade dos psicólogos entrevistados inclui uma dimensão espiritual (ou “mística”) ao seu trabalho, embora apenas dois tragam essa dimensão explicitamente. Ao entenderem o

trabalho psicoterapêutico como imponderável; ou por entenderem que podem resolver quase todos os problemas de saúde dos outros através da psicoterapia que praticam; ou por entenderem que podem colocar-se neste mundo de uma forma tão integrada que os outros podem e vão querer segui-lo no caminho, colocam-se como os próprios “salvadores” das pessoas que atendem e remetem assim a Psicologia para um lugar diferente do que pressupõe o conhecimento científico.

Um deles, no entanto, que traz explicitamente em sua resposta uma dimensão espiritual, reconhece sua limitação para com a resolução dessa questão, bem como a limitação do conhecimento psicológico para resolvê-la. Para ele nem tudo está nas mãos da ciência e nem tudo está nas mãos do profissional da psicologia. E relata como trabalha a questão da crença, na fala que segue:

“Tem que ser uma coisa com muito tato, porque é crença e aí por ser crença tu tens que ver o que é que a pessoa está entendendo com isso e eu já fiz algum tipo de encaminhamento conforme a crença dessa pessoa, eu digo: Escuta, que tal tu buscares determinada pessoa, determinada situação? Já fiz porque eu já vi que era coisa que não cabia ao nosso conhecimento aqui dentro” (E7).

Desta forma, depreendemos que é possível para os psicólogos reconhecerem conhecimentos outros que não os da ciência psicológica, como os conhecimentos espirituais ou religiosos, que estão presentes no imaginário humano, que se embrenham culturalmente. Ainda que tais conhecimentos sejam reconhecidos, não é da alçada da Psicologia tomar para si a tarefa de desvendá-los. De tomar para si a tarefa de “desmontar” racional ou logicamente

os conteúdos da “crença” do homem como se “loucura” fossem, e nem tampouco de tomar para si a tarefa hegemônica do grande “salvador” espiritual, de guia espiritual.

Quando o entrevistado nos diz que “*era coisa que não cabia ao nosso conhecimento aqui dentro*”, entendemos que ele reconhece outros saberes, que acredita em fenômenos não racionais, que é um homem de fé, que crê; que ele pressupõe outras compreensões do humano que não apenas as que são consideradas científicas; mas apesar de sua própria crença, entendemos que ele quis dizer com isso que nem tudo o que é do humano seja trabalho para a ciência psicológica ou qualquer outra ciência resolver. O trabalho com a dimensão espiritual a que se refere, portanto, difere da forma de trabalho em que a “mística” em torno do trabalho em si faz outros profissionais, explícita ou implicitamente, colocarem-se como os grandes salvadores ou guias espirituais para as pessoas que os procuram, numa visão ideologizante da Psicologia. De qualquer modo, seguindo sua lógica, o salvador está colocado acima de si mesmo e do seu trabalho, e o seu papel de ajuda é no sentido de estabelecer a ponte entre a ciência e a crença, como se fosse papel do psicólogo ajudar as pessoas a resgatarem sua fé em algo maior. Do mesmo jeito, ele acaba finalmente por ligar a Psicologia a práticas espirituais, ao colocar seu trabalho como uma ponte entre ciência e religião, ou entre ciência e misticismo. Ao dar status privilegiado às crenças e à espiritualidade como uma dimensão que precisa ser resgatada de alguma forma, coloca-se como instrumento que vai ajudar as pessoas a retomarem o caminho de Deus, mesmo que respeite a crença ou religião de cada um e que diga que não pretende impor a sua; acaba impondo, no mínimo, uma lógica pessoal de trabalho, acientífica, talvez mais próxima de uma lógica típica de um apóstolo abnegado e humilde, que serve, de todo modo, à causa maior.

Além disso, numa análise de sua fala, em nenhum momento fica claro que ele compreenda a possibilidade de que alguém possa simplesmente *crer em não crer*⁷, pois ao falar de sua intervenção na saúde, relata:

“Quando a gente se refere à saúde esses três aspectos precisam estar sendo investigados, precisam estar sendo estimulados a ser, que a pessoa vá buscar um tipo de respaldo médico, algum tipo de crença, acho que tem que ter algo além daquela pessoa que ela acredite também, assim, e como é que estão todas as situações psicológicas também, eu acho que tem que ser algo em torno desses três aspectos, que devem ser bem vasculhados” (E7).

A busca por respostas que levam os psicólogos a campos de conhecimento outros, muitas vezes distantes do que é reconhecido como ciência, tem merecido muitas discussões ao longo do tempo. A prática das terapias alternativas é uma das questões contemporâneas, tanto na Medicina como na Psicologia e nas Ciências Sociais, que vem suscitando debates sobre sua eficiência e eficácia, bem como sob a visão de homem subjacente a elas, o que acaba por se estender, também, às terapêuticas convencionais. Para que uma teoria em Psicologia seja considerada científica, precisa ter incorporado os preceitos de uma determinada lógica empírico-racional em sua construção teórica, de modo que possa ser avaliada em razão de seu escopo teórico, para que subsista e seja compartilhada (Gauer, *et alii.*, 1997).

O que define o alternativo não é a atividade em si e nem o fato de ser uma experiência nova, e sim o tipo de conhecimento veiculado por ela, bem como por suas subjacentes concepções de homem e de mundo. Ao longo da história das psicoterapias no Brasil, muitas

⁷ Sobre *crer e não crer* veja-se: ECO *et al.* (2000).

práticas psicológicas que estão hoje consolidadas e institucionalizadas, como é o caso da Gestalt-Terapia, de Perls; do Psicodrama, de Moreno, e das Terapias Neo-Reichianas, foram colocadas no cenário da Psicologia como sendo *práticas alternativas* à prática hegemônica de *certa* psicanálise dos anos da ditadura militar.

Segundo Coimbra (1995), nos anos 70 a prática psicológica hegemônica no Brasil consistia de uma certa leitura da psicanálise e de uma institucionalização desse saber veiculadas por algumas sociedades psicanalíticas que se intitulavam como as sociedades oficiais e, assim, exerciam seu poder, atendendo e criando suas demandas. A partir da segunda metade dos anos 70, outras práticas colocaram-se naquele cenário.

A Gestalt-Terapia e as Terapias Neo-Reichianas, dentre outras, foram gestadas no forte movimento grupalista denominado Movimento do Potencial Humano, que seguia o rastro da contracultura americana nos anos 60; essas práticas penetraram no Brasil no final dos anos 70 e início dos 80, como práticas “alternativas” e críticas àquela psicanálise hegemônica e à sociedade de consumo. O Psicodrama, por sua vez, sofreu influências do mesmo Movimento do Potencial Humano, mas afirmou-se em nosso país como Movimento de Psicoterapia no início dos anos 70. Apesar das suas críticas à psicanálise em razão de sua neutralidade, elitismo e rigidez da formação, altos preços cobrados e a terapia baseada somente na fala, acabam atendendo acriticamente à demanda criada anteriormente pela psicanálise. Assim como a contracultura o foi, a Gestalt-Terapia, as Terapias Neo-Reichianas e o Psicodrama, entre outras práticas, foram gradativamente capturados e assimilados pelo mesmo “sistema” que combatiam.

Enfoques e técnicas orientais influenciaram muitas práticas psicológicas, desde o Movimento do Potencial Humano nos Estados Unidos e na contracultura, e também penetraram nas camadas mais jovens da sociedade, fortalecendo tendências religiosas, místicas, na promessa do sonho de paz, equilíbrio, sabedoria e refúgio. Os processos de subjetivação decorrentes como o “ensina-me a viver”, “como fazer amigos” e “influenciar pessoas”, fortaleceram-se em razão da promessa de felicidade do “american way of life”, ao mesmo tempo em que fortaleceram unilateralmente “a autenticidade” e “a liberdade interior” enquanto subjetividades. Por isso, na década de 90 aqui no Brasil e no mundo, os livros de “auto-ajuda” se transformam em grande mercado; a “mágica da salvação” propõe um “novo padrão de pensamento” para solucionar os mais diversos problemas; a responsabilidade da mudança passa a estar única e exclusivamente dentro de cada pessoa, ou seja, fica à margem da História.

Apesar disso e mesmo sob o jugo da ditadura militar no Brasil, naqueles mesmos anos 70 fortaleceram-se os movimentos sociais e os pequenos espaços de resistência nas periferias das grandes cidades, que na década seguinte passaram a contar também com a participação das classes médias urbanas.

Com a contribuição de algumas noções da Análise Institucional de origem francesa, de M. Foucault, de F. Guattari, de G. Deleuze e de um resgate de algumas ferramentas utilizadas por Moreno, Perls e Reich, algumas práticas psicoterapêuticas foram repensadas, no sentido de incluir “a implicação política do psicólogo, da subjetividade enquanto produção histórico-social, a presença da História em nosso cotidiano profissional e, principalmente, os efeitos que nossas práticas, nossos modelos e saberes estão produzindo/reproduzindo e fortalecendo no mundo. Movimentos que pretendem superar as dicotomias entre privado/público,

indivíduo/sociedade e que se aliam concretamente aos diferentes movimentos sociais” (Coimbra, 1995).

Minayo (1994:63-64), por sua vez, nos diz que as abordagens alternativas na área da Saúde, que foram propiciadas pela fenomenologia dentro dos movimentos sociais, não eclodem em vão, pois fazem parte de um movimento geral teórico e prático de busca de saídas para a crise do mundo pragmático. Mas que ainda é cedo para avaliar a contribuição de seus resultados em termos positivos ou negativos. De qualquer modo, para que tenham importância transformadora enquanto campo de influência ideológico-político seria imprescindível a sua articulação com categorias mais gerais que reflitam mudanças no mundo material, isto é, com as transformações econômicas que acontecem no sistema capitalista atual.

O grande desafio das práticas psicoterápicas, principalmente daquelas que já se constituem em campo de atuação profissional legitimado, no início deste novo século, continua sendo o resgate da História e a percepção de que nossas teorias não são dogmas. Nossas teorias são construções históricas, cujas ferramentas devem ser selecionadas (ou não) para gerarem a inteligibilidade de nossas práticas e serem utilizadas como instrumentos de resistência e reflexão crítica.

Por um lado, práticas que eram consideradas “alternativas” há 30 anos, hoje são instituídas e passam por processos de revisão e de questionamento em seus microespaços e também produzem nova demanda⁸ ao longo do tempo. Por outro, novas práticas que se intitulam alternativas entram no cenário, dentre as quais podemos citar: “Terapia de

⁸ Demanda esta que não é natural nem espontânea, mas produzida histórica e socialmente (Coimbra, 1995).

Regressão a Vidas Passadas”, “Psicologia Transpessoal”, “Florais de Bach” e “Cromoterapia”.

Gauer *et alii.* (1997) nos lembram que se já é difícil traçarmos os padrões de resultados às psicoterapias convencionais, mais difícil ainda será fazê-lo com as que são consideradas alternativas ou não-convencionais, como aquelas mencionadas anteriormente. Mas não se pode negar a tendência crescente e generalizada de sua prática e da clientela que a ela aporta.

Os resultados de seu estudo apontam para a necessidade da investigação empírica das técnicas alternativas, que possa ampliar a compreensão das suas propriedades e de seus efeitos psicológicos. A interpretação dos resultados dados pelos autores, que não vêem prenúncio de pós-modernidade nesses tratamentos alternativos, é a de que a busca dos psicólogos por formação em terapias alternativas pode estar relacionada com dificuldades na clarificação de pressupostos pessoais e também das relações desses com pressupostos históricos e científicos da Psicologia.

Já no artigo de Queiroz (2000), o autor focaliza o itinerário rumo às medicinas alternativas como a homeopatia, acupuntura, técnicas alternativas em saúde mental, termalismo e fitoterapia, que foram propostas em 1988 pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação do governo brasileiro (CIPLAN) e incluem ainda os Florais de Bach. Tais práticas são consideradas muito mais como redescobertas de práticas antigas do que como abordagens novas. Focalizando as representações sociais sobre o conceito de medicina alternativa de intelectuais, professores universitários e profissionais da área da saúde que optaram por uma perspectiva teórica e prática dissidente em relação ao paradigma

científico positivista hegemônico, o artigo conclui que tais dissidências se apresentam importantes para o desenvolvimento da ciência. Os resultados mostram que a adoção de uma postura de medicina alternativa não se coloca em oposição a uma postura tradicional representada pela medicina alopática, mas sim como uma dimensão que pretende abarcá-la e, ao mesmo tempo, transcendê-la. A característica fundamental de tal postura seria a de trazer à tona dimensões que teriam sido excluídas do campo de possibilidades de geração do conhecimento válido, desde Descartes, quais sejam, as questões relacionadas com significado, sentido e valor, que são apreendidos por faculdades humanas como a sensibilidade, a intuição e a emoção. Assim, o problema que acomete o doente através dessas faculdades humanas é reconhecido pelo médico alternativo pela empatia estabelecida no vínculo médico-paciente. Tal postura, se não forem excluídos as razões e os princípios básicos da ciência, coloca-se contrária à postura positivista da divisão rígida entre sujeito e objeto.

As práticas alternativas no campo da Psicologia têm suscitado críticas a partir dos seus próprios profissionais e dos conselhos de classe, porque há nessas práticas uma fronteira muito tênue entre ciência e misticismo.

Numa análise da fala de alguns entrevistados, não conseguimos encontrar um posicionamento claro frente ao conhecimento psicológico, ou seja, o paradigma de ciência que dá inteligibilidade às suas práticas. Em algumas delas, percebemos uma sobreposição de conhecimentos tão díspares que nos sugerem uma preferência pelo ecletismo ou até pelo anonimato teórico. Essa preferência, a nosso ver, pode estar sutilmente escondendo uma tomada de posição pessoal frente ao conhecimento da ciência psicológica, o que resulta numa prática no mínimo “descolada” da comunidade científica de modo geral. Os motivos que levaram alguns profissionais a tomarem uma posição tão pessoal com relação ao

conhecimento e à intervenção terapêutica podem estar vinculados à falta de um projeto científico-profissional coletivo, à falta de suporte da própria ciência no que se refere ao papel da Psicologia com relação à saúde das pessoas. Na falta de uma discussão e posição da ciência psicológica sobre o que venha a ser saúde em termos outros que os tradicionais modelos dicotômicos de saúde/doença e patologia, muitas vezes advindos das teorias psicológicas utilizadas nas abordagens psicoterápicas, talvez possa encontrar-se também um dos motivos que levam os profissionais a buscarem alternativas tão distantes do conhecimento científico.

Oferecemos neste capítulo uma interpretação dos resultados da pesquisa, buscando explicar e elaborar criativamente o que estava sendo dito ou representado a respeito de saúde, no sentido de explicitar a conexão entre o sentido mobilizado pelas representações sociais num grupo de psicólogos em Florianópolis e as relações de dominação que esse sentido mantém nos contextos estruturados de sua prática psicológica. O potencial crítico inerente a tal interpretação abriu-nos caminho para uma reflexão que traremos a seguir como conclusão para este trabalho.

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO

Ousamos no capítulo anterior apresentar algumas interpretações indicativas da presença de aspectos ideológicos existentes no discurso psicológico sobre saúde, que estão expressos nas idéias adaptativas, naturalizantes e abstratas encontradas nas representações sociais de saúde de um grupo de psicólogos entrevistados, que expressam, por sua vez, a prática psicológica em saúde.

Diante de um mundo incerto e de uma verdade plural, onde o homem é mantido no centro – assim se possibilitando *ser, pensar, fazer* e ainda *ter que crer* – para se movimentar enquanto *indivíduo produtivo e consumidor*, as condições humanas de existência não estão contextualizadas nas respostas trazidas pela grande maioria dos psicólogos entrevistados para este estudo, ficando bastante evidente a solução de uma saúde que deve ser alcançada em si e por si mesma. Deste modo, ao “descolar” o sujeito da realidade, o profissional fica sem saída, a não ser retomar uma via de sacralização perdida em meio a essas idéias liberais, através de uma busca pelo “espiritual”, de uma verdade que seja superior ao homem e que possa finalmente dizer-lhe de seu lugar na hierarquia do mundo.

À guisa de conclusões, vamos contar um pouco da história, do percurso realizado neste trabalho e também fazer uma tentativa de reflexão que diga de uma possível superação dessa prática ideologizante da Psicologia.

A partir das falas de outros profissionais, este trabalho levou-nos todo o tempo a uma reflexão sobre a nossa própria fala, sobre nossa trajetória e inserção profissional. Ou seja, em

que sentido nossa própria prática estivesse também reproduzindo certos aspectos ideológicos, em que medida não passe também de determinadas concepções sobre saúde.

Se ao estudar ideologia estudamos a nós mesmos, como mudamos ou não mudamos, a questão primordial que se nos apresentava era a de qual tipo de clínica exercemos, que compromisso temos e em que medida ideológica ela era.

A reflexão realizada a partir deste trabalho nos permite um salto qualitativo principalmente de uma perspectiva acadêmica, como estudiosa e pesquisadora dentro do campo da saúde, bem como profissional da Psicologia comprometida com a própria intervenção. Tendo claro esse compromisso com a intervenção, este trabalho também possibilitou fazer uma leitura de qual seja nossa prática, e neste sentido, redimensioná-la.

Talvez tivesse sido bem mais fácil ter elaborado um projeto sobre nossa prática enquanto psicóloga clínica, alinhada com a Gestalt-Terapia, referenciando-nos talvez nos escritos dos autores da Gestalt, dos “mestres” que nos ascendem, na literatura específica sobre terapias fenomenológico-existenciais, ou relacionais, etc. Ou na literatura mais ampla sobre psicoterapia e Psicologia Clínica. Mas talvez, se tivéssemos partido desse lugar, teríamos provavelmente sucumbido uma vez mais às proezas do Barão de Münchhausen⁹. Em outras palavras, se esse tivesse sido o caminho, provavelmente tentaríamos mostrar ou provar o que já sabíamos, ou buscaríamos ampliar a própria teoria psicológica com a qual trabalhamos, dentro daquilo que de um modo ou de outro vem sendo repassado, redito, reescrito, etc., numa tentativa de confirmação de uma prática já consolidada. Se tivéssemos partido de lá, acabaríamos não saindo do lugar ou tendo que nos puxar pelos cabelos, a nós e a nossos livros

⁹ Herói das histórias infantis alemãs, a figura do Barão de Münchhausen e de suas *proezas geniais* tem sido utilizada para expressar as idéias liberais e positivistas por Löwi (2000) e Bock (2000).

e “mestres”, para saltar para a outra margem do brejo e provar que não, a *nossa* prática não sustenta relações de dominação! Temos que reconhecer que por vezes este era o *apelo* que nos fazíamos, o que não facilitava muito esta caminhada.

Percorremos um itinerário diferente do que o de acrescentar algo mais na literatura já consolidada, indo buscar em outros lugares e outros olhares, ou seja, ao invés de partirmos da Psicologia Clínica, partimos da Psicologia Social. Abrindo desta forma o escopo de visão de nossa formação em psicoterapia pelo viés do apelo humanístico (e particularmente pela Gestalt-Terapia, que é considerada fenomenológico-existencial ou relacional). Desta forma, pensamos ter conseguido elevar um pouco a altura de nossas observações para poder perceber uma nova paisagem.

Entendemos que qualquer tentativa teórica de abarcar e conhecer o ser humano e as teorias psicológicas com as quais trabalhamos em psicoterapia é limitada. Ainda assim, há uma identidade própria em cada uma delas, e esta singularidade se torna importante na medida em que, não submetidos nem à teoria e nem à técnica, possamos no mínimo utilizá-las (ou não) como ferramentas de inteligibilidade em nossa prática. Esta é uma maneira que encontramos de nos comprometer e de responder sobre a ciência psicológica em nossas intervenções. No entanto, também consideramos necessário empreender uma tentativa de superar certas visões de homem que estão subjacentes a quase todas elas, o que é fruto de uma história alienante na construção da ciência psicológica.

O problema fundamental encontrado neste estudo foi que os profissionais trazem uma perspectiva muito ideologizada de sua atuação na saúde, cujo discurso está bastante pautado num binômio de saúde-doença. O que mais nos chama a atenção na análise dos dados é que

apenas um dos entrevistados destaca questões sociais e condições de vida e ainda reconhece a própria prática profissional da ciência psicológica, como promotoras de saúde e também de doença.

Existem as condições de existência, existe a realidade, mas ao falar de saúde, ao analisarmos as representações sociais de saúde desses sujeitos, tomadas do conhecimento psicológico, das teorias psicológicas, pudemos identificar a concepção de homem com a qual eles trabalham, enquanto causa e consequência de si mesmo. Ao falar de uma essência, de um real potencial, como algo que já está dado, a prática profissional também passa a já estar determinada a priori. E o trabalho psicoterápico passa a ser fazer com que o homem com quem se trabalha se autoconheça, de modo a reconhecer a sua própria possibilidade de vir a ser agente de sua própria história e superar as suas próprias condições. Mas estando completamente centrado no sujeito - descontextualizando-o das próprias condições reais, concretas-, as possibilidades efetivas de como se produz esse sujeito, seja doente ou não doente, ficam fora do foco de reflexão de quase todos os entrevistados.

Por mais que falem do contexto, ainda assim a maioria dos entrevistados trabalha com uma noção de contexto como condições mais objetivas e imediatas, mas que não constituem uma relação, ou seja, não é uma compreensão de uma relação do sujeito e sociedade como mutuamente constituintes. Ao falar apenas do contexto como uma coisa mais imediata a que o sujeito está submetido, ou do qual está dissociado, a questão do trabalho é potencializar este sujeito para que ele próprio mude isso, como se fosse possível também uma mudança completa, invertendo completamente o pólo. Ou seja, se o sujeito está completamente submetido e dominado pelo contexto próximo, então se trabalha para que ele por si só inverta a situação, para que ele submeta todo o contexto à sua ação e prática.

Esta tem sido uma característica do discurso psicológico de muitos profissionais que atuam com psicoterapia: a crença de que seja possível potencializar o sujeito terapeuticamente, auxiliá-lo a descobrir-se, buscar descobrir sua essência, para que este se autoconheça, se reconheça capaz de superar completamente sua “inconsciência”, sua “dissociação”. Um discurso que se assenta na falsa ilusão de que o “paciente” é ou pode vir a ser dominador ou, usando a linguagem comportamental, que ele é/pode ser capaz de dominar as contingências que o condicionam.

Desta forma, sustentamos na verdade um discurso claramente ideológico que se pauta na dicotomia indivíduo-sociedade. Quer queiramos ou não – e essa é a discussão que os autores que nos ajudaram neste trabalho fazem –, não é possível pensar sujeito sem pensar ideologia, e nem ideologia sem pensar no sujeito. Ou seja, não há uma consciência absoluta que nos separe da ideologia, porque - trazendo consigo as marcas do social-, a ideologia constitui-nos como sujeito.

Tentaremos agora fazer um exercício de reflexão mais livre, apontando algumas possibilidades de como é que a Psicologia poderia se construir, sustentada nas conclusões a que chegamos com este trabalho, ainda que não possamos dar nenhuma garantia de que isso ocorra. Deste modo, pontuaremos algumas questões que podem favorecer um redimensionamento da prática da ciência psicológica para que possamos produzir uma Psicologia comprometida com uma sociedade mais justa e igualitária, uma Psicologia voltada para o desvelar das condições que nos fazem sujeito e sociedade humana.

Em primeiro lugar, desde que não encontramos outros estudos sobre representações sociais de saúde de psicólogos, pensamos que é fundamental a realização de outras pesquisas, que possam até vir a corroborar este trabalho, no sentido de verificar se as conclusões sobre este grupo de psicólogos em Florianópolis são significativas para o país inteiro, incluindo-se também outras modalidades de atuação.

Sustentando-nos nas conclusões deste trabalho, consideramos imprescindível uma articulação de grupos de discussão intradisciplinares em Psicologia, que busquem um questionamento articulado sobre saúde, bem como uma definição do papel do psicólogo na promoção de qualidade de vida que perpassem modalidades e lugares de atuação.

A conclusão fundamental é a da necessidade, na formação do profissional da Psicologia para a saúde, de uma reflexão a respeito de saúde que seja consoante com outras visões de homem, pois nossa ciência continua trabalhando com modelos pautados numa concepção de saúde que se contrapõe à doença, modelos estes que mantêm binômios historicamente interessados e que servem para sustentar relações de dominação.

Enquanto simplesmente assumimos o modelo vigente, qual seja, o modelo clínico que originou a atuação da Psicologia na Saúde, com suas regras de espaço próprio e seu estilo de atuação especializada e diádica, no contexto da saúde, aparentemente divergimos em relação aos sistemas institucionais dominantes. No entanto, é um estilo bastante conservador, porque fortalece o isolamento social, tanto das categorias profissionais quanto no sentido de que se furta de compartilhamento e reflexão sobre as teorias psicológicas e suas visões de homem, bem como sobre as concepções de saúde com as quais se trabalha. Perde-se, desta forma, uma oportunidade de expandir as próprias fronteiras do conhecimento da ciência psicológica pelo

desenvolvimento do campo teórico e prático da saúde de outros lugares sociais, de outros campos de saber de que se dispõe, os quais têm se voltado, muito mais do que se tem feito ao longo da história da construção de nossas teorias psicológicas, para a construção da cidadania.

Se continuarmos apenas a tentar “ajustar” a realidade a uma dada teoria psicológica, seja ela qual for, continuaremos a procurar “ajustar” as pessoas e a sustentar a ideologia dominante. Ousamos dizer que não existe qualquer modelo teórico pronto para “tratar” da saúde. Há que se tentar construir um saber ou saberes localizados, especificamente voltados para as necessidades reais da população. E isso não se pode fazer se continuamos apenas a reconstruir teorias psicológicas em si mesmas, retomando os mesmos autores, os mesmos caminhos.

Assim, na medida em que defendemos uma reflexão do psicólogo sobre sua própria prática e sobre o que produz, reiteramos haver a necessidade constante de uma reflexão crítica que o leve a ressignificá-la. Em não se fazendo isso, corremos o risco de manter a dimensão ideologizada da Psicologia, que aparece na maioria das falas encontradas neste trabalho, de que a Psicologia promove saúde, quando isso nem sempre reflete a realidade. Pode até vir a promover saúde, mas pode também promover alienação, loucura, doença, ilusão. Corremos o risco de, ao manter a “mística” em torno de nosso próprio trabalho, fortalecer o eterno ciclo da reprodução de um caminho paralelo ao da ideologia dominante.

Desde que saúde é central para a construção do conhecimento psicológico e que pressupomos um compromisso com a mudança social, se pretendemos uma visão de mundo transformada, podemos talvez tomar a especificidade do campo da Saúde Pública - aquela parcela que esteja comprometida com um redirecionamento crítico das práticas em saúde -,

como uma referência para diálogo, tanto sobre a noção de saúde que se irá definir, como também para a atuação na área da saúde, indo assim em busca de uma nova postura que traga à tona a dimensão social que tem sido excluída na formação do psicólogo, bem como as necessidades localizadas da população. E, em contrapartida, levar nosso conhecimento para ampliar a reflexão sobre a idéia de promoção de saúde que se pretende construir.

Uma vez que as questões das especialidades já estão encaminhadas por nossa categoria profissional, é importante também que a classe lance um olhar sobre a dimensão social preconizada nas formações complementares, estejam ou não vinculadas às universidades.

Neste trabalho, pudemos observar dois caminhos distintos: no primeiro, o profissional assimila o conhecimento de cima para baixo e passa a repeti-lo na sua prática, sem um questionamento crítico sobre o que está fazendo em termos mais amplos da realidade social, ou torna-se um “dissidente” isolado, que vai assim em busca de um caminho próprio de ajudar os outros. Essa dissidência de profissionais que não se alinham com propostas formadoras vigentes e que por vezes buscam no ecletismo teórico ou nas terapias alternativas novos modelos e quem sabe diferentes visões de homem, ainda que não os encontrem, essa dissidência, paradoxalmente, pode também ter a ver com o próprio modelo vigente das formações complementares que tem sido apontado como um modelo que serve para sustentar a ideologia dominante e para perpetuar o ciclo vicioso da saúde elitizada.

Nós, psicólogos, temos uma condição e um exercício prático legitimados socialmente, que são privilegiados, de acesso à escuta e percepção das pessoas e das instituições, e que podem contribuir significativamente com a Saúde Pública. Mas levar para os serviços de saúde as teorias psicológicas prontas, sem uma reflexão crítica constante, é simplesmente

defender abordagens psicoterápicas ou teorias psicológicas como se dogmas fossem, prontos e acabados em si mesmos, o que tem concorrido sistematicamente para a ideologização da Psicologia, como mostram também as análises dos dados de nossa pesquisa.

Queremos trabalhar para uma sociedade mais justa e criticamente ética. Assim, precisamos estabelecer uma postura desprendida de dogmas e precisamos disponibilizar nosso conhecimento científico e profissional para o trabalho conjunto na saúde, um trabalho intradisciplinar e interdisciplinar. Só poderemos ampliar tais horizontes se trouxermos para o conhecimento psicológico e para a prática profissional o desenvolvimento integral que se dá no campo mais amplo da saúde e, ao mesmo tempo, levarmos ao campo o conhecimento de que dispõe nossa Psicologia.

Ficar à margem da História enquanto profissional de saúde significa também ficar atrelado à pesquisa em psicologia dentro de abordagens psicoterápicas, dentro das teorias psicológicas, sem que essas teorias possam ser modificadas, ser tocadas de alguma forma por outros saberes e pelos dados da própria realidade. Construções teóricas não podem ser tomadas como verdade, que passamos a repetir tal qual papagaios e que ajudam a psicologizar tudo, a naturalizar tudo, conforme apontam as interpretações dadas neste trabalho. Teorias são apenas pensamentos pensados em outro tempo, em outro lugar. E que algumas vezes não respondem adequadamente quando se trata de agir dentro da realidade. Precisamos de mapas, não de territórios já demarcados e adonados.

Isso quer dizer não que devemos cair na improvisação, mas tampouco que devemos nos manter sob rigidez do referencial teórico e da hierarquia sistematicamente ideologizada do repasse do conhecimento psicológico. Porém, sim, significa a busca da construção de

saberes localizados e de intervenção adequados, intermediados pelo desenvolvimento do campo integral da promoção de qualidade de vida, dentro dos esforços significativos que vêm sendo realizados no âmbito específico da Saúde Pública - especialmente aqueles esforços que pressupõem tal promoção enquanto uma instância crítica.

Em primeiro lugar, tal superação necessita de uma reflexão política sobre as práticas psicoterápicas que refletem sobre as representações sociais de saúde, que por sua vez acabam sustentando, de alguma maneira, o discurso das teorias.

Em segundo lugar, uma reflexão interdisciplinar se faz necessária na formação do profissional para a saúde, no sentido de qualidade de vida, que pode encontrar na Saúde Pública parceria para um diálogo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVI, G.D.S. *Informação técnica não basta: as Representações Sociais da AIDS em profissionais de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PUCRS, 2000.

BAHKTIN, M. *O Freudismo*. São Paulo: Perspectiva, 2001.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.

BOCK, A.M.B. Eu Caçador de Mim: pensando a profissão de psicólogo. In: SPINK, M.J.P. (org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

_____. A Psicologia como Profissão. In: BOCK, A.M.B., FURTADO, O. & TEIXEIRA, M.L.T. *Psicologias: Uma introdução ao estudo de Psicologia*. São Paulo: Saraiva, 1995, 8 ed..

_____. Formação do Psicólogo: Um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. In: *Psicologia Ciência e Profissão*. 1997, ano 17, n. 2, pp. 37-42.

_____. As influências do Barão de Münchhausen na Psicologia da Educação. In: TANACHI, E., ROCHA, M., & PROENÇA, M. (orgs.) *Psicologia da Educação: Desafios Teóricos e Práticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BUBER, M. *Eu e Tu*. São Paulo: Cortez e Morow Ltda., 1977.

CAMARGO, B.V. Sexualidade e representações sociais da AIDS. In: *Revista de Ciências Humanas - Edição Especial Temática: Representações Sociais e Interdisciplinaridade*. Florianópolis: UFSC, 2000, pp. 97-110.

CANIATO, A. Reflexões sobre as implicações ideológicas na Psicologia Clínica: os interesses em questão e o efetivo atendimento à Saúde/Doença Mental. In: Zanella, A.V. et alii. (orgs.) *Psicologia e Práticas Sociais*. Porto Alegre: ABRAPSOSUL, 1997.

CARRARA, K. Psicologia e a construção da cidadania. *In: Psicologia: Ciência e Profissão*. 1996, ano 16, n. 1, pp. 12-17.

CARVALHO, A.A. *et alii*. A escolha da profissão: alguns valores implícitos nos motivos apontados pelos psicólogos. *In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon/Educ/Scientia et Labor, 1988, pp. 49-68.

CATANI, A.M. *O que é o capitalismo*. São Paulo: Brasiliense, 1980, 12 ed. (Coleção Primeiros Passos).

CHAMMÉ, S.J. Educação para a doença. *In: Revista Saúde e Debate*. 1994, n.44, pp.32-4.

CHAUÍ, M. *O que é ideologia*. São Paulo: Brasiliense, 1983, 12 ed. (Coleção Primeiros Passos).

COIMBRA, M.C.B. Desenvolvimento sociocultural e político (anos 60-80) e meios psicoterápicos. *In: CIORNAI, S. (org.). Gestalt-Terapia, Psicodrama e Terapias Neo-Reichianas no Brasil – 25 anos depois*. São Paulo: Ágora, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *In: WHO. Relatório Final - Pesquisa feita junto aos associados do Conselho Federal de Psicologia*. Dez., 2000.

CREPALDI, M.A. *A Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos em uma unidade hospitalar*. Tese de Doutorado. UNICAMP, 1995.

DUCHIADE, M.P. População Brasileira: um retrato em movimento. *In: MINAYO, M.C.S. (org.) Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1999.

DURKHEIM, E. As formas sociológicas da vida religiosa. *In: GIANNOTTI, J.A. (org.) Durkheim: Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

_____. *Sociologia e Filosofia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970.

ECO, U. & MARINI, C.M. *Em que crêem os que não crêem?* Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2000, 3 ed..

FIGUEIREDO, L.C.M. *Matrizes do Pensamento Psicológico*. Petrópolis: Vozes, 2000, 8 ed..

FIGUEIREDO, L.C.M. & SANTI, P.L.R. *Psicologia: uma (nova) introdução*. São Paulo: Educ, 2000, 2 ed. (revisada).

FREIRE, P. *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985, 9 ed..

FURTADO, O. O psiquismo e a subjetividade social. In: BOCK, A.M.B., GONÇALVES, M.G.M. & FURTADO, O. (orgs.) *Psicologia Sócio-Histórica (uma perspectiva crítica em Psicologia)*. São Paulo: Cortez, 2001.

GAUER, G., SOUZA, M.L., MOLIN, F.D. & GOMES, W.B. Terapias alternativas: uma questão contemporânea em Psicologia. In: *Psicologia Ciência e Profissão*. 1997, ano 17, n. 2, pp. 21-32.

GONZÁLEZ REY, F. O enfoque histórico-cultural e seu sentido para a Psicologia Clínica: uma reflexão. In: BOCK, A.M.B., GONÇALVES, M.G.M. & FURTADO, O. (orgs.) *Psicologia Sócio-Histórica (uma perspectiva crítica em Psicologia)*. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Psicologia e Saúde: desafios atuais. In: *Psicologia: Reflexões e Críticas*. Porto Alegre. 1997, vol. 10, n. 2.

GUARESCHI, P.A. Representações Sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. (org.) *Novas contribuições para a teorização e pesquisa em Representação social*. Florianópolis: Coletâneas da ANPEPP, 1996, vol. 1, n. 10, pp. 9-35.

_____. Representações Sociais da Política e Ideologia. In: *Sociedade em Debate*. Pelotas: Escola de Serviço Social UCPel, 1997, vol. 3, n. 3, pp. 49-70.

_____. A ideologia. In: JACQUES, M.G.C. et alii. (orgs.) *Psicologia Social Contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 1998, 3 ed..

_____. Representações Sociais e Ideologia. In: *Revista de Ciências Humanas - Edição Especial Temática: Representações Sociais e Interdisciplinaridade*. Florianópolis: UFSC, 2000, pp. 33-46.

HARTMANN, J.B. Saúde e doença na perspectiva dos profissionais de saúde no hospital. In: *Aletheia*. Maringá. 1999, n. 9, pp. 39-49.

KONDER, L. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 1995, 11 ed. (Coleção Primeiros Passos).

LANE, S. T. M. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, M.J.P. (org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LANGENBACH, M. & NEGREIROS, T.C.G.M. A Formação Complementar: um labirinto profissional. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o Psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon/Educ/Scientia et Labor, 1988.

LÉVI-BRUHL, L. *La morale et la science de moeurs*. Paris: Presses Universitaires, 1971.

_____. *La mentalidad primitiva*. Buenos Aires: Leviatan, 1922.

LHULLIER, L.A. A Psicologia Política e o uso da categoria “representações sociais” na pesquisa do comportamento político. In: ZANELLA, A.V., SIQUEIRA, M.J.T., LHULLIER, L.A. & MOLON, S.I. (orgs.) *Psicologia e práticas sociais*. Porto Alegre: Abrapsosul, 1997.

_____. “Comentários Leitura Orientada” (Texto digitado). Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia. Florianópolis: UFSC, 1999.

LIMA, M.E.O. *A Ideologia no quadro das Representações Coletivas e Sociais e dos Valores*. Trabalho apresentado ao Mestrado em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 1996.

LÖWI, M. *As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: Marxismo e Positivismo na Sociologia do Conhecimento*. São Paulo: Cortez, 2000, 7 ed..

MAGALHÃES, M., STRALIOTTO, M., KELLER, M., & GOMES, W.B. Eu quero Ajudar as Pessoas: a escolha profissional da Psicologia. In: *Psicologia – Ciência e Profissão*. 2001, ano 21, n. 2, pp.10-27.

MARX, K. & ENGELS. *A Ideologia Alemã (Feuerbach)*. São Paulo: Hucitec, 1989, 7 ed..

MERANI, A. *Psicologia e Alienação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. & HARTZ, Z.M.A. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000, ano 5, n. 1, pp. 7-31.

MORALES CALATAYUD, F.J. La Promocion de Salud como problema de la Psicologia en la atencion primaria. In: *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1991, ano 7, n. 4, pp. 362-370.

MOSCOVICI, S. On Social Representation. In: *Social Cognitions Perspectives on Everyday Understanding*. London: Forges Academic Press: 1981. (Tradução para circulação interna na UFSC por Clélia Maria Nascimento Schulze. Núcleo de Psicologia Social. Departamento de Psicologia, Florianópolis: UFSC, 1985).

_____. Prefácio. In: GUARESCHI, P.A. & JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. Representação Social do Universo – Um Estudo com Doutores nas Ciências Humanas e Naturais. In: *Papers on Social Representations - Peer Reviewed Online Journal*. 1999.

OLIVEIRA, D.C. Representações Sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano. In: *Revista de Ciências Humanas - Edição Especial Temática: Representações Sociais e Interdisciplinaridade*. Florianópolis: UFSC, 2000, pp. 47-65.

OLIVEIRA, F.O. & WERBA, G.C. Representações Sociais. In: *Psicologia Social Contemporânea*. Petrópolis. Vozes, 1998, 3 ed..

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais de saúde. In: *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2000, vol. 16, n. 2, pp. 363-75.

RIBEIRO, W. *Existência → Essência – Desafios teóricos e práticos das terapias relacionais*. São Paulo: SUMMUS, 1998.

ROGERS, C. *poder pessoal*. Lisboa: Moraes, 1979.

SÁ, C.P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SÁ, C.P. & ARRUDA, A. O estudo das Representações Sociais no Brasil. In: *Revista de Ciências Humanas - Edição Especial Temática: Representações Sociais e Interdisciplinaridade*. Florianópolis: UFSC, 2000, pp. 11-31.

SANTOS, N.L.Q., WESTRUPP, M.H., & SOUZA, M.L. Em busca de um conceito de saúde. In: *Ciências da Saúde*. Florianópolis: UFSC, 1999, vol. 18, n. 1 / 2, pp.18-24.

SAWAIA, B.B. Representação e ideologia – o encontro desfeticizador. In: SPINK, M.J.P. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SAWREY, J.M. & TELFORD, C.W. *Psicologia do Ajustamento*. São Paulo: Cultrix, 1971.

SERRANO, A. I. *Onze Estações e um Devoto de São Jorge: Discursos Psicológicos num Serviço de Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 1998.

SILVA, B. (coord. geral). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: FGV-MEC, 1987.

SINGER, P., CAMPOS, O. & OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e Curar: O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1978.

SOUZA, L. & TRINDADE, Z.A. A representação social das atividades profissionais do psicólogo em seguimentos de classe média e baixa, na cidade de Vitória – E.S. In: *Psicologia, Teoria e Pesquisa*. 1990, ano 6, n. 3, pp. 267-79.

SPINK, M.J.P. O estudo empírico das Representações Sociais. In: SPINK, M.J.P. (org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

_____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCHI & JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. O discurso como Produção de Sentido. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. (org.) *Novas contribuições para a teorização e pesquisa em Representação Social*. Florianópolis: Coletâneas da ANPEPP, 1996, vol. 1, n. 10, pp. 37-46.

SUI, C.K. *A Antiga Ciência e Arte da Psicoterapia Prânica*. São Paulo: Ground, 1989, 3 ed..

THOMPSON, J.R. *Ideologia e Cultura Moderna: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes, 1995.

YAMAMOTO, O. H. & CUNHA, I. M. F. F. O. O Psicólogo em Hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 1998, vol. 11, n. 2.

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA N.º _____

Data: ___/___/_____

Entrevistado: _____

A. **Dados pessoais:**

Idade: _____ Origem: _____ Estado Civil: _____

B. **Formação e atuação profissional:**

Instituição formadora: _____ Local: _____ Conclusão: _____

Modalidade de atuação: _____ Local de atuação: _____

Formação complementar: _____

C. **Trajétoria Profissional:**

1. Por que escolheste esta profissão?
2. Qual o objetivo do teu trabalho como psicólogo/a?
3. Como relacionas a tua prática atual com a tua graduação?

D. **Perspectiva sobre saúde:**

4. O que significa saúde?
5. Qual a relação entre Psicologia e saúde?
6. O que consideras o papel do psicólogo no que se refere à saúde das pessoas?
7. Como aplicas o que entendes por saúde na tua prática?

Pesquisadora: Regina Maria Bastos Ferreira**Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC****Curso: Mestrado em Psicologia**