

## I. INTRODUÇÃO

Na cultura ocidental, segundo Jackson (1994), tende-se a enfatizar a doença e a dor como sendo algo orgânico ou de origem física, detectado a partir de exames no corpo físico. Esta seria a dor ou doença “real”, objetivada e legitimada no corpo, enquanto a dor (sofrimento) mental e/ou emocional seria muitas vezes desvalorizada.

Esta separação entre a doença física e a mental teria existência desde os tempos hipocráticos, quando se classificaram as doenças mentais e, desde então, a literatura médica clínica vem insistindo em distinguir claramente os limites entre uma doença orgânica e uma doença mental/emocional, esta última sendo de origem “psicogênica”. A doença orgânica ou física seria aquela de causas físicas (algo externo que invade o corpo) e a doença mental/emocional seria de causa psicológica (mente dominando o corpo de forma negativa), assim como o “médico trata da doença orgânica” e o “psicólogo ou psiquiatra” da doença mental/emocional.

No entanto, esta experiência da doença mental/emocional seria tão distante do corpo físico? E a doença orgânica tão distante da mente? Como se situaria nesta discussão as doenças chamadas de psicossomáticas? Como separar a mente do corpo na experiência do adoecimento? E como separar a mente-corpo das questões sociais?

O caminho escolhido pela racionalidade médica hegemônica da medicina ocidental ou da biomedicina, avançou, então, na definição, classificação e controle das doenças orgânicas sem preocupação com a integração de aspectos psicoemocionais, sócio-culturais e ambientais envolvidos no processo de adoecimento.. Da mesma forma, a formação e prática médicas nos modelos assistenciais vigentes também ainda privilegiam esta ótica do corpo de maneira desarmônica ou em oposição à mente, com ênfase na prescrição de medicamentos e procedimentos cirúrgicos, desestimulando uma abordagem mais ampliada do paciente (LUZ, 2003).

A tradução material do estado de doença seria mensurada em sinais físicos e exames laboratoriais e as causas desta seriam fatores exteriores aos sujeitos, como algo que invade o homem e o aumenta ou diminui em algo, alterando o funcionamento “normal” de algum órgão (o qual precisa ser consertado).

Weil (2000) coloca que o paradigma mecanicista (ainda em transição), influenciado pelo pensamento newtoniano-cartesiano, estimula esta percepção da mente separada do corpo, além deste ser independente do meio ambiente. O critério de normalidade é dado pela estatística, ao invés de preocupar-se com o bem-estar e alegria de viver das pessoas, respeitando as diferenças pessoais e culturais. A doença é reforçada no seu aspecto de causa específica no lugar de uma desarmonia global e aquelas doenças, nas quais não se detectou algo nos exames, são percebidas como imaginárias e pouco reais, desqualificando-se as queixas dos pacientes que nem são, muitas vezes, valorizadas e incluídas no atendimento médico. Então, não se leva em consideração o fato destes pacientes “sentirem-se” doentes e estes são reduzidos a “informantes” do médico com relação a sintomas detectáveis de maneira concreta, a partir da grelha que orienta a formulação de quadros clínicos, sendo, portanto, “despossuídos” da sua doença (NUNES, 1993).

Quando estes pacientes que trazem queixas psíquicas são atendidos, lidam com estes como se sofressem de algo que não faz parte do conhecimento médico e são, muitas vezes, encaminhados ao psiquiatra ou psicólogo, não para um maior aprofundamento ou tratamento complementar em equipe interdisciplinar, mas por causa da separação que já explicitamos. A psiquiatria<sup>1</sup>, apesar de ser uma especialidade médica (“a menos física das especialidades”), é tratada neste âmbito como gozando de uma posição distinta, por preocupar-se predominantemente com estes aspectos que poderíamos chamar de psicossociais do processo saúde-doença.

Apesar da psiquiatria estar na área da doença mental, onde existem correntes de uma psiquiatria dinâmica que enfatiza estes aspectos psicossociais (seguindo a psicanálise, desde Freud até outros autores, como falaremos de Guatari, e outras escolas teóricas, como citaremos a psicologia analítica de Jung), ainda é uma discussão atual a integração destes aspectos com os biológicos e genéticos, em sua prática.

---

<sup>1</sup> Mais recentemente, com o avanço da Psiquiatria Biológica, essa especialidade vem disputando o seu espaço no campo biomédico também, merecendo críticas no sentido de, talvez movida por essa própria busca de legitimação, estar-se apresentando mais intransigente e radical no que tange à etiologia biológica das doenças, incluindo as mentais, do que outras especialidades médicas, como, por exemplo, a oncologia e a cardiologia, só para mencionar algumas, que têm se aberto para uma concepção mais ampliada das doenças, especialmente face às limitações observadas nas respostas e adesão ao tratamento por parte dos seus pacientes, além do avanço de investigações que apontam para a multideterminação das doenças.

Esta integração de aspectos biopsicossociais na área das doenças consideradas orgânicas é ainda mais complexa e difícil de ser incluída, principalmente nas questões que envolvem também o processo etiológico destas, onde as pessoas, devido a questões psicossociais, fragilizariam sua imunidade corporal, tornando-se mais suscetíveis ao adoecimento (pensamento desenvolvido pelos avanços da psiconeuroimunologia, que integra psicologia, neurologia e imunologia – BOSCAN, 2000). Existem pesquisas também sobre a participação de determinadas características de personalidade que tornariam os sujeitos mais suscetíveis para apresentar determinadas doenças (LOWEN, 1988), ou ainda determinados comportamentos que responsabilizariam o homem pelo seu adoecimento, restabelecimento e manutenção da saúde. Assim, a compreensão do homem como responsável pela sua saúde e doença com a aceitação da participação de fatores sócio-emocionais tanto no processo causal como no sofrimento psíquico conseqüente de doenças orgânicas, e não só nas mentais, repercutiu numa maior valorização de áreas, como a Psicossomática, que busca a integração mente-corpo e ressalta o respeito pela sensação subjetiva que cada pessoa possui de sua dor ou doença. A Psicossomática pode ser considerada atualmente como uma forma de abordagem sócio-psicossomática ou biopsicossocial, integrando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais.

O avanço de conceitos como os de saúde e de dor contribuíram com esta perspectiva biopsicossocial. A saúde tem sido vista como um “estado de completo bem-estar físico, mental, emocional e social” (OMS), que apesar das críticas recebidas, este conceito considera todos estes aspectos envolvidos de forma conjunta e se preocupa com a subjetividade humana, quando considera a saúde como um estado de bem-estar variável entre as pessoas. O conceito de dor seria o de uma “experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de lesão” (IASP apud LOBATO, 1992), sendo um conceito que estimula a preocupação com os aspectos emocionais e a interpretação subjetiva das doenças ao desvincular essa experiência de uma lesão obrigatória de tecidos do organismo.

Sendo a dor e a doença experiências subjetivas, questões importantes precisam ser ressaltadas para se lidar melhor com estas, tais como preocupações com a influência mental, incluindo o foco de atenção e de interpretação momentâneos que a pessoa envolvida dispensa no contexto em questão, influenciada pelas suas experiências de dor ou trauma na sua história de vida, características de personalidade e maneira de lidar com a doença a partir de vivências

---

peçoais e culturais dentro da família e comunidade (CARVALHO, 2004). Significados conferidos diante de contextos e culturas diferentes pedem uma abordagem que os leve em consideração.

Esta forma de abordagem, que seria a biopsicosócio-cultural-espiritual, e que estamos chamando de biopsicossocial, faz-nos refletir sobre o que seria a dimensão psicossocial do processo saúde-doença na prática médica. Além disso, pergunta-se que profissionais de saúde têm valorizado mais esta dimensão e quais não a incluem no diagnóstico e tratamento das doenças?

Iremos enfatizar as questões psíquicas e sócio-culturais, melhor discutidas em capítulo à parte, sabendo que não podemos excluir o debate sobre os aspectos espirituais envolvidos nesta dimensão psicossocial, mas que, no entanto, não será nosso principal objetivo. Podemos notar que, apesar dos médicos já virem se preocupando com estas questões psicossociais no processo de adoecimento, a partir da contabilização de pesquisas como as de Almeida (*apud* ARAÚJO, 2001), que demonstra que 60% das pessoas que procuram os serviços de saúde apresentam estes tipos de queixa psicossocial e manifestações psicossomáticas e, segundo Mello Filho (1992), de um a dois terços dos pacientes que procuram ambulatórios médicos e serviços de emergência sofrem de manifestações hipocondríacas, histéricas ou somatizações, a doença ainda tem sido vista predominantemente como um funcionamento biológico “anormal” com repercussões nas atividades cotidianas das pessoas, ou seja, uma alteração na estrutura biológica ou função de determinado órgão. Este aspecto, então, é enfatizado em detrimento dos aspectos psicossociais e ambientais do adoecer (KLEINMAN, 1988). Dessa forma, a particularidade deste estado para cada sujeito, traduzida na experiência da doença, não tem recebido a devida atenção. A doença foi transformada em coisa, fato objetivo, alheio e exterior ao homem – “processo físico e químico que o homem sofre, mas do qual não participa, a não ser como vítima, ou portador” (ÁVILA, 1996: 51). Esta integração ou abordagem biopsicossocial das doenças, apesar de referida já há muito tempo na teoria, tornou-se esquecida na maioria da prática médica, devido principalmente aos conflitos entre os paradigmas científicos antigos e atuais (FONSECA, 1995).

Kleinman (1988) analisa a concepção da doença a partir dos termos *disease*, *illness* e *sickness*. *Disease* seria o que o médico pensa a respeito da patologia em termos das teorias científicas, o que eles são treinados a perceber pelas lentes teóricas do modelo biomédico, estruturando um modelo profissional com um idioma altamente técnico, abstrato e impessoal, independente de ser reconhecido culturalmente. *Illness* seria a enfermidade percebida pelos sujeitos doentes e aqueles que os cercam, incluindo o julgamento dos pacientes sobre seus

sintomas, o discurso sobre seu sofrimento e a melhor maneira de lutar com a aflição. Assim, conforma-se um modelo popular, articulado com um idioma pessoal, não técnico, preocupado com os problemas da vida que resultam da doença, independente de ser reconhecido cientificamente. *Sickness*, por sua vez, seria o entendimento genérico de uma doença ou distúrbio pela população no sentido macrossocial (econômico, político e institucional).

Kleinman (1988) considera que a experiência subjetiva e cultural, ou seja, o significado da enfermidade (*illness*), devem estar no centro da prática médica clínica. Para ele, a proposta da medicina é tanto controlar doenças quanto cuidar da experiência da enfermidade. Para tanto, a interpretação do significado da doença para cada um, diante de seu contexto cultural e a escuta de emoções profundas envolvidas no processo do adoecer, faz-se necessária, pois é importante perceber, inclusive se, o paciente interpreta os sintomas experienciados como sinais de doença. Esta percepção pessoal e cultural implicaria numa melhora da relação médico-paciente, já que requeriria um médico mais sensível num processo de escuta e percepção do outro, o que auxiliaria na perspectiva de cura do paciente, pois o encorajamento do médico, além de sua paciência e compaixão, oferecem conforto e segurança para o fortalecimento psicológico essencial para o restabelecimento daquele (CAPRA, 1982).

Esta relação na prática dos médicos tem sido mais um relacionamento de um fornecedor de serviços e um cliente. Além disso, os estudantes de medicina são encorajados a acreditar que a patologia (*disease*) é mais importante do que a enfermidade (*illness*) e que seus conhecimentos sobre biologia são mais importantes do que os aspectos psicossociais e culturais da enfermidade. Estes acreditam, por exemplo, que compreender sobre psicoterapia é importante apenas para os psiquiatras ou psicólogos. Claro que os médicos não precisam ser psicoterapeutas, mas a inclusão desta preocupação com a dimensão psicossocial das doenças envolve acessar a experiência da enfermidade através de treinamento da escuta e conhecimento de técnicas psicológicas de observação e interpretação da narrativa.

Nesta perspectiva biopsicossocial, Balint<sup>2</sup> (*apud* BIRMAN, 2002), com sua formação psicanalítica, acreditava que os médicos deviam aprender técnicas psicoterápicas tanto quanto as farmacoterápicas. Ele realizou propostas de intervenção na relação médico-paciente que deu origem aos grupos Balint, onde, por exemplo, em uma experiência citada, se reuniram oito médicos (em 3 períodos com um total de 12 encontros em um ano) para aprenderem com

---

<sup>2</sup> Sua teoria traz o conceito de relação terapêutica extenso à consulta médica, como uma outra forma de transferência (conceito aplicado ao espaço psicanalítico), onde o sintoma aparece também como a expressão de uma relação, estabelecida no caso, de um lado pelo médico (tipo de personalidade, habilidade, experiência e conhecimento técnico-teórico) e por outro o paciente (tipo de personalidade, estrutura do conflito e da enfermidade). Este clima inter-relacional seria essencial no processo e resultados terapêuticos (BIRMAN, 1980).

a supervisão de um psiquiatra e um psicólogo a melhorar a sensibilidade para a observação dos relatos de pacientes no processo terapêutico e reconhecer seus padrões de escuta, registro e intervenção diante da queixa do paciente, modificando, assim, suas práticas (1988, *apud* FRANCO, 2002).

Kleinman (1988) cita também a importância da inclusão da família no processo tratamento-cura a qual oferece tratamentos como descanso, mudança na dieta, comidas especiais, massagem, administração dos medicamentos, suporte emocional, práticas religiosas. Ele aborda ainda que os curadores religiosos e as terapias alternativas muitas vezes se preocupam mais com a narrativa e o aspecto psicossocial do adoecimento do que certas profissões acadêmicas, como a médica (KLEINMAN, 1988). Nos programas de humanização das práticas médicas tem-se tornado imprescindível a integração entre o cuidado da enfermidade com o tratamento da patologia. Isto fortalece a idéia de que este profissional necessita aprender o que significa a experiência da enfermidade para o paciente e sua família.

Kleinman (1988) alerta sobre a possibilidade do médico poder ganhar bem, mesmo se ele atender num período curto de tempo, utilizando-se de procedimentos e exames caros (tecnologia de alto custo), devido à atual forma de pagamento e distribuição de recursos. O processo de escuta da narrativa do paciente demanda mais tempo do que a consulta que os médicos estão acostumados a fazer. Enquanto não se mudar esta forma de recebimento e um aumento no tempo de atendimento, com garantia também de maior vínculo, tornar-se-á muito difícil a mudança no estilo deste atendimento. Isso implica em mudanças institucional-políticas (KLEINMAN, 1988) que devem estar imbuídas em um novo modelo de atenção, alertando para a coerência e integração entre estas mudanças seguidas da reforma na educação médica.

A educação médica ainda desvaloriza este tipo de abordagem biopsicossocial, mesmo demonstrando abertura para algumas questões sócio-culturais do ser humano e estimulando um pouco mais da formação generalista com enfoque na prevenção de doenças e promoção da saúde. No entanto, estes conteúdos são ensinados em disciplinas isoladas do contexto geral e os aspectos psicológicos, com ressalvas para a psiquiatria, se encontram desestimulados neste conhecimento fragmentado em diferentes departamentos sem traços de interdisciplinaridade (ENGEL, 1982 *apud* PEIXINHO, 2001).

No entanto, situam-se entre as principais tendências de reorientação da educação médica na América Latina, desde os anos 70 e 80, o desenvolvimento de enfoques interdisciplinares, incluindo a incorporação das ciências sociais nos processos educacionais, apontando maior valorização da medicina social (RODRIGUEZ, 1990 *apud* ALMEIDA, 1999).

Além disso, questões como a necessidade de oferecer maior atenção para a unidade corporena na educação e prática profissional está entre os desafios da educação médica, apesar do desenvolvimento da importância do conhecimento dos domínios do inconsciente com a maior valorização da psiquiatria dinâmica e da psicologia. Isto inclui também a necessidade de se compreender melhor outras racionalidades médicas e métodos terapêuticos, ampliando inclusive a exploração das fronteiras entre a ciência e a religião, levando-se em consideração os limites da medicina científica e a importância da religiosidade na saúde e na doença (CHAVES, 1990 *apud* PEIXINHO, 2001).

A OPS (1998 *apud* PEIXINHO, 2001) elaborou uma proposta de participação integrada entre diversos países para estímulo à aprendizagem médica no modelo biopsicossocial de forma teórico-prática e com ênfase na relação médico-paciente, como sendo tendência da educação médica contemporânea.

Para alcançar este modelo de atendimento, a graduação e pós-graduação médicas devem ser reformuladas na valorização dos aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais, incluindo conhecimentos transversais sobre estes aspectos do adoecimento permeando todo o processo de abordagem do paciente de maneira integral, independente da disciplina e deste ser generalista ou especialista, conhecendo as histórias de vida de seus pacientes e compreendendo o contexto da família e comunidade onde estes vivem, bem como a função desta família como foco central tanto no adoecer como no cuidar, onde os significados destas narrativas aparecem, não se podendo separar das influências culturais.

O modelo assistencial médico-hegemônico<sup>3</sup>, ainda em processo de transformação, centrado em procedimentos médicos, utiliza-se prioritariamente do atendimento curativo, podendo se estender a ações preventivas específicas no controle das doenças (modelo sanitarista), sendo, no entanto, ainda descompromissado com a promoção da saúde<sup>4</sup>(modelo da vigilância à saúde). O complexo médico industrial mantém a acumulação de capital no setor saúde através do alto consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia (FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR, 1999 *apud* MERHY, 1999).

---

<sup>3</sup> Modelo médico-assistencial - Centrado no saber técnico do médico e na especialização sobre o corpo biológico, com foco na doença e na cura. Além desse modelo, encontramos o modelo sanitarista (campanhas sanitárias, programas especiais, investigação e controle) e o da Vigilância à saúde (ações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, voltadas para qualidade de vida – PAIM, 2003).

<sup>4</sup> Promoção da saúde – Termo ressurgido nas duas últimas décadas, particularmente no Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propondo articulação de saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para enfrentamento e resolução (CZERESNIA & FREITAS, 2003).

No novo modelo proposto da Vigilância à Saúde propõe-se ações integradas de promoção da saúde com medidas preventivas, apesar do conceito de “prevenção” envolver a percepção dos modelos antigos de foco na doença e ações mais específicas para investigação e controle desta. Este modelo da Vigilância à Saúde acredita que nenhuma abordagem única, centrada no biológico ou social, quantitativa ou qualitativa, seja suficiente para abarcar completamente a realidade dos problemas de saúde (CZERESNIA & FREITAS, 2003).

Estas ações de promoção da saúde envolvem políticas públicas saudáveis, colaboração intersetorial e desenvolvimento sustentável, relacionando saúde com condições de vida e ressaltando a vinculação de elementos físicos, psicológicos e sociais para a conquista de uma vida saudável, destacando-se a importância do desenvolvimento de hábitos saudáveis e qualidade de vida, com participação coletiva e habilidades individuais (CZERESNIA & FREITAS, 2003).

Qualidade de vida é outro conceito que envolve aspectos multidimensionais do ser humano, englobando dos aspectos biofísicos aos aspectos psicossociais, culturais e espirituais na percepção da totalidade dinâmica da doença. Ramos (1995 *apud* CARDOSO, 1999) afirma que a qualidade de vida envolve realizações em diversos níveis do ser como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família, desenvolvimento espiritual... Isto implica na consciência individual e social sobre o significado da vida, a fim de que o ser humano empenhe sua força transformadora em busca da realização plena (MATOS, 1996 *apud* CARDOSO, 1999).

Vulnerabilidade e resiliência são conceitos que também integram aspectos genéticos, ambientais e comportamentais (CZERESNIA & FREITAS, 2003), incluindo predisposições de personalidade para determinadas doenças (ANTONI, HOPPE, MEDEIROS & KOLLER, 1999). Vulnerabilidade seria a questão da incapacidade individual ou ineficácia para buscar alternativas de enfrentamento nos momentos de crise, tornando-se fragilizado em situações de risco. Em contrapartida, o conceito de resiliência considera a busca de alternativas eficazes que auxiliem na superação ou adaptação nestas situações de risco (ANTONI, HOPPE, MEDEIROS & KOLLER, 1999). Esta adaptação bem sucedida nas adversidades varia de acordo com características pessoais (sistema de crenças e valores, competência emocional, auto-estima, autonomia, orientação social positiva, otimismo, iniciativa, perseverança, objetivos de vida, padrões de comunicação) e sistemas externos de apoio social, como a família coesa, conflitos relacionais reduzidos, influência de pessoas significativas para superação das adversidades, apoio na vizinhança, escola, trabalho e comunidade (incluindo entidades religiosas). Isto implica numa “mutualidade de influências através dos processos transacionais” (WALSH, 1998: 12 *apud* YUNES, 2001).



A maneira dicotômica de pensar sobre a relação entre mente e corpo (quem domina quem) vem sendo questionada, e sugere propostas de mudança tanto na formação do médico e outras profissões com enfoque biológico no cuidado à saúde de maneira geral, particularmente traduzida no modelo do atendimento integral. Entenda-se “Integral” em suas quatro dimensões, como atendimento não-dicotômico, integrando corpo-mente-emoção-espírito e relacionamentos sociais; atividades preventivas e promocionais integradas a curativas; trabalho interdisciplinar e intersetorial (CECÍLIO, 2000), integrando as percepções multiprofissionais em serviços internos e externos à Unidade de Saúde, onde as diversas profissões possam complementar-se na percepção biológica e psicossocial no acompanhamento dos pacientes atendidos, bem como as diversas áreas e setores da comunidade e sociedade possam estar integrados dentro de uma dinâmica de reorientação do modelo assistencial.

Nesta proposta de mudança do modelo assistencial, visando um modelo integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e garantia do direito à saúde da população (ALVES, 2004) surge o Programa Saúde da Família<sup>5</sup> representando um espaço importante de concretização desse modelo no que diz respeito à integralidade e interdisciplinaridade no âmbito da atenção básica<sup>6</sup>. Sabe-se que, independentemente dos profissionais que compõem a equipe deste programa de saúde, a ênfase na formação de seus membros tem sido ampliar a visão do processo saúde-doença de cada profissão, incluindo as diversas percepções profissionais, e tentando valorizar outras dimensões que não só a biológica, como a psicossocial. Um grande esforço vem sendo dirigido, por exemplo, na inclusão da compreensão do vínculo entre saúde e sociedade através do conceito de determinação social das doenças e a importância da aquisição de uma consciência sanitária.

A nossa questão vai além quando consideramos a dimensão psicossocial do processo saúde-doença envolvendo uma maior preocupação com os aspectos psicológicos articulados aos sociais, os quais não seriam considerados apenas em seus aspectos políticos, sócio-

---

<sup>5</sup> Programa do Ministério da Saúde, na década de 90, que visava a reestruturação do modelo assistencial vigente e incentivava, prioritariamente, o trabalho interdisciplinar e estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde com a família e a comunidade, melhor detalhado em item posterior (MS – 1997).

<sup>6</sup> Atenção Básica - Conjunto de ações básicas realizadas em serviços de saúde num primeiro nível de atenção, de responsabilidade municipal, que envolve prevenção, promoção, tratamento, recuperação, reabilitação, a fim de organizar os recursos do sistema de saúde para satisfação de necessidades e aspirações da sociedade (MENDES, 1999), inspirada nos cuidados primários da Declaração de Alma Ata em 1978 (nutrição, água de boa qualidade, saneamento básico, atenção materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, educação em doenças prevalentes, tratamento de doenças e lesões comuns), mas que se reformulou no Brasil por mudanças no processo de trabalho em saúde, ampliação da atenção, vínculo e adequação à realidade da comunidade, encontrando delimitação de seus procedimentos assistenciais nas NOB 96 e NOAS 2001.

econômicos e ambientais, como vem sendo tratado na maioria das situações na Saúde Coletiva, mas incluiria também questões sócio-afetivas e/ou relacionais. Esta dimensão pode ser também chamada de psicossociocultural-espiritual, se fôssemos alertar sobre os aspectos culturais e espirituais que também estão envolvidos. Vamos, no entanto, enfatizar a discussão da integração psico mais social.

Como este modelo biopsicossocial do paciente e sua família é ressaltado no Programa Saúde da Família, selecionamos uma Unidade de Saúde da Família para realização da nossa pesquisa, a fim de tentarmos responder sobre como é percebida e incluída esta dimensão psicossocial na prática do atendimento médico, através de esclarecimento da questão investigativa sobre **como os médicos desta Unidade percebem esta dimensão psicossocial do processo saúde – doença**. O critério de escolha desta Unidade é devido a esta apresentar um modelo específico de trabalho com maior sensibilização para esta questão da integração entre aspectos biológicos e psicossociais do processo saúde-doença do que outras Unidades do modelo de trabalho deste Programa. É uma Unidade-escola, onde alunos de diversos cursos (descritos posteriormente), inclusive de medicina, aprendem sobre princípios que norteiam o PSF e também alguns aspectos sobre o qual a instituição se baseia. Assim, tentaremos compreender como esta questão se apresenta na prática do atendimento médico nesta instituição, se vem sendo devidamente valorizada no processo de diagnóstico e tratamento de doenças, respeitando a subjetividade e história de vida de cada portador de problema de saúde e se ocorrem os devidos encaminhamentos necessários, no caso de indicação para psicólogo ou psiquiatra.

Esta Unidade fica localizada num bairro periférico de Salvador, apresentando um modelo direcionado pelo Programa Saúde da Família, mas não é uma Unidade totalmente caracterizada devido a características peculiares a serem descritas posteriormente. Esta funciona como um local de estágio para universitários e residentes, com supervisão de profissionais que apresentam, além do perfil exigido do Programa em questão (olhar sistêmico para famílias de comunidades de baixa renda, trabalho interdisciplinar e percepção integral no atendimento ambulatorial e domiciliar), uma sensibilização para esta questão psicossocial. Esta instituição é mantida por uma Organização não-governamental que possui parcerias com a Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (FBDC), Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) e Hospital Professor Edgard Santos<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Mais recentemente, em março do ano de 2006, foi aprovado o convênio com o SUS.

Nosso objetivo principal de estudo é, então, analisar como esta dimensão psicossocial do processo saúde – doença é compreendida e orientada pelos médicos para os alunos desta instituição. Esta análise se fará através da discussão do que pensam sobre esta no atendimento médico, principalmente nas consultas ambulatoriais, onde estes médicos criaram um item sobre investigação psicossocial na anamnese, mas estendendo esta investigação sobre o acolhimento oferecido a estas questões nas visitas domiciliares do local.

Apresentaremos esta pesquisa através da análise de entrevistas individuais realizadas com 10 médicos (oito supervisores, um administrador e um diretor técnico), algumas observações participantes no local e análise de alguns prontuários. Ilustraremos com casos concretos referidos pelos médicos como exemplos de situações na atenção à dimensão psicossocial do processo saúde-doença, tentando atingir os outros objetivos de perceber as facilidades e dificuldades no processo desta atenção, inclusive na formação médica atual com relação à sensibilização para esta atenção psicossocial. Além disso, tentamos observar nas entrevistas o que pensam estes médicos sobre o processo de adoecimento e cura, trabalho interdisciplinar, bem como a integração corpo-mente no atendimento, através da percepção de como estes enquadram a doença psicossomática e a doença mental dentro de um conceito de espectro bio-psico-social do adoecer, que veremos adiante.

Temos como hipótese que os médicos não sistematizaram o que se deve questionar nesta investigação psicossocial na anamnese, gerando dificuldades no acolhimento destes aspectos ou problemas de saúde psicossociais. Percebemos, no trabalho observacional, também queixas destes médicos sobre o despreparo dos alunos de medicina em questão para realização desta abordagem biopsicossocial no atendimento, bem como a dificuldade notória nos devidos encaminhamentos destes problemas, gerando demanda reprimida. Por isso, incluímos estas observações como itens de análise na pesquisa.

Antes de apresentarmos os resultados da análise e reflexões desta pesquisa na parte metodológica desta dissertação, discutiremos conceitos de saúde-doença, refletindo sobre as contradições encontradas no dualismo corpo-mente, citado anteriormente, e o dualismo indivíduo-sociedade que influenciam o conceito de dimensão psicossocial.

Debateremos, então, em capítulo específico, sobre o conceito de dimensão psicossocial, considerando algumas sugestões para esta integração ocorrer no cuidado biopsicossocial.

## **II - ASPECTOS TEÓRICOS QUE GUIAM NOSSOS PASSOS**

### **CAPÍTULO 1 - CONTRADIÇÕES CORPO-MENTE E INDIVÍDUO-SOCIEDADE QUE ENVOLVEM O PROCESSO SAÚDE -DOENÇA**

#### **1.1 - CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA**

“Jung certa vez citou um alquimista medieval que disse: ‘Só o que está separado pode ser devidamente unido’.

Quando duas coisas estão misturadas de forma confusa, elas precisam ser desembaraçadas, separadas e identificadas, para que mais tarde possam ser reunidas, sintetizadas de uma nova maneira.”(JOHNSON, 1983)

Os conceitos de saúde e doença, bem como as regras que delimitam o estado de normal ou patológico, variam entre as diferentes culturas ou representações coletivas e individuais. Canguilhem (2002) afirma que o limite entre o normal e o patológico é impreciso, já que o normal é definido pela flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais e grupais, e não por normas rígidas que envolvam todos os indivíduos.

O estado patológico é percebido como oscilando entre duas representações principais. A primeira seria da “doença localizante”, expressando uma modificação quantitativa do estado “normal” - o homem aumentado ou diminuído em algo, sendo o tratamento a via pela qual o que foi perdido lhe é restituído, ou, o que nele entrou, saia: “A doença entra e sai do homem como por uma porta” (CANGUILHEM, 2002:19). Assim, a doença seria uma reação do homem contra o mal que o invade, sejam miasmas, os micróbios de Pasteur, bactérias, vírus, fungos. A segunda representação do estado patológico seria de influência hipocrática, a “doença totalizante”, ou seja, a natureza, tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio, e a doença seria a perturbação deste equilíbrio, estando em todo o homem, e não só em uma parte dele. As circunstâncias externas seriam ocasiões, e não causas. Doença, nessa perspectiva, não seria apenas desequilíbrio, mas também o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. É uma reação com intenção de cura. O organismo

fabrica uma doença para se curar a si mesmo. O tratamento, então, deveria tolerar, e até mesmo reforçar, essa terapêutica espontânea do organismo. A natureza encontraria os meios de cura. A experiência de estar doente seria, então, para a primeira representação, uma situação polêmica de luta do organismo contra um ser estranho e, para a segunda, uma luta interna de forças que se afrontam (CANGUILHEM, 2002). Algumas percepções consideram estas forças como dicotômicas e polarizadas, outras como complementares de um todo harmônico.

A medicina ocidental hegemônica desenvolveu-se com maior enfoque na doença localizante, apesar da influência grega hipocrática totalizante e, as racionalidades médicas orientais, como a chinesa e a indiana, seguem este modelo totalizante mesmo nos dias atuais.

Luz (1995) considera as medicinas orientais, bem como a homeopatia no Ocidente, como postulando a integralidade do sujeito humano, constituído de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais, percebendo a doença como “fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno, no que concerne ao microuniverso que constitui o homem; relacional, no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual” (p.121).

A homeopatia, inspirada por Hahnemann, convive de forma antagônica e marginalizada, apesar da proposta de ser complementar, com a biomedicina no ocidente e apresenta esta percepção totalizante e integral no que se diz respeito à possibilidade desta integração biopsicossocial, além dos princípios que segue de “semelhante curar semelhante” e “experimentar no homem são” demonstrarem uma idéia menos dicotômica com relação à natureza no sentido do adoecimento. Sua racionalidade implica numa integração holística do ser humano (corpo, mente, emoção, espírito), com maior preocupação com o vínculo e a relação médico-paciente e possuindo um tempo maior para atendimento, a fim de facilitar a escuta na anamnese de abordagem biopsicossocial, a qual questiona sobre aspectos biológicos e psicossocioculturais (como o paciente percebe sua doença, percebe suas relações, hábitos alimentares, desejos, aversões, libido, religiosidade, sonhos, medos, angústias, ansiedades, tristezas, etc.) orientando o diagnóstico e o medicamento a ser prescrito (HAHNEMANN *apud* MONTEIRO, 2005).

A representação totalizante é percebida também quando se procura identificar diferenças nas representações de doença, em estudos que comparam subculturas como aquelas compostas, de um lado, pelos biomédicos e, de outro, pelos próprios doentes e suas famílias, que, quando se trata, principalmente, de pessoas de classes menos favorecidas economicamente, percebe-se a força desta representação totalizante (IRIART, 2003).

Na perspectiva de superação das visões fragmentadas ou localizantes de doença, emerge, nesta discussão, o conceito de saúde que a OMS traz, desde 1948, e que reforçou na Declaração de Alma Ata<sup>8</sup>, como sendo “um estado de completo bem estar físico, mental, emocional e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”. Almeida Filho (1992) questiona este conceito como utópico e acrescenta que este deva ser uma expressão composta, incluindo também o estado de doença em um processo que implicaria na coexistência de ambos – saúde e doença - em proporções diversas: “a ausência gradativa ou completa de um destes estados corresponde ao espaço do outro e vice-versa” (p.8).

Capra (1982) também questiona o caráter estático do conceito proposto pela OMS, uma vez que ele não contempla a idéia de “um processo em constante mudança e evolução”, mas admite que o mesmo já indica o processo saúde – doença entendido como uma questão de bem-estar e envolvendo questões físicas, mentais, emocionais e sociais. Outra questão interessante que este conceito de saúde da OMS traz é o fato dele enfatizar também o aspecto preventivo das doenças, e não apenas o curativo, apresentando a cura sob uma nova visão, com o estímulo à participação dos sujeitos no processo de obtê-la, o que implica em uma contínua relação estabelecida entre os mesmos com o meio ambiente físico e social.

Capra (1982) alerta sobre a subjetividade e relatividade do conceito de saúde, além das influências culturais, mas acredita que é possível defini-la como um “estado de bem-estar que se estabelece quando o organismo funciona de certa maneira. A descrição desse modo de funcionamento dependerá de como descrevemos o organismo e suas interações com o meio ambiente” (p. 314). Assim, este conceito não é preciso, variando de acordo com o modelo limitado e aproximado de determinada cultura em determinado período histórico, diante da teia de relações dos múltiplos aspectos do fluir da vida. As representações de saúde e doença como extremo oposto de algo linear com percepção unidimensional não corresponde aos estados que vivenciamos de mudanças no organismo como resposta criativa aos desafios ambientais. Isto remete à possibilidade de fases temporárias de saúde e doença, sendo

---

<sup>8</sup> Alma Ata – Local da Conferência Internacional em 1978, onde se estabeleceu a atenção primária como estratégia privilegiada de operacionalização das metas SPT-2000 (Saúde para todos), com incorporação de elementos do discurso da Saúde Comunitária (CZERESNIA & FREITAS, 2003).

impossível a delimitação entre eles. A saúde seria então multidimensional, envolvendo aspectos físicos, psicológicos e sociais de maneira interdependente. A doença física pode ser contrabalançada por uma atitude mental positiva e por um apoio social, de modo que o estado global seja de bem-estar, assim como uma pessoa pode estar em bom estado físico e sentir-se em sofrimento por questões emocionais ou isolamento social. A sensação de estar saudável implica no equilíbrio de tudo isso de maneira subjetiva e relativa em dada cultura (CAPRA, 1982).

Este equilíbrio seria dinâmico, reconhecendo as forças inerentes e a tendência inata de cada organismo para se reestruturar. Esta busca de equilíbrio dos organismos pode ser perturbada em flutuações contínuas, múltiplas e interdependentes. O estado de saudável implica numa flexibilidade (semelhante ao conceito de resiliência) dentro de limites relativos de tolerância (quanto mais dinâmico, mais flexível) e esta flexibilidade – seja física, mental, social – é essencial para a capacidade do sistema de fazer escolhas diante de mudanças ambientais, percebendo a situação para se adaptar, tolerar ou encarar o desafio da oportunidade para mudar. Esta flexibilidade seria influenciada pela lente interna que a pessoa se utiliza para perceber e interagir com o mundo externo, o que vai maximizar ou minimizar a experiência, estimulada pela história e momento de cada um, sua personalidade e escolhas que têm procurado realizar em sua vida. A rigidez ou perda desta flexibilidade implica em perda de saúde ou estado de doença. No caso, então, de alguma perturbação externa que ameace o organismo, se na interação mundo interno/externo, este se fragiliza e adocece, lutaria para retornar ao estado original, restabelecendo a saúde, através de processos de automanutenção da homeostase, implicando em adaptação, regeneração e/ou auto-renovação (quando na superação da doença a pessoa sente ter realizado grande autotransformação pessoal). Um exemplo de auto-renovação é quando uma pessoa está gravemente doente e muda seu estilo de vida (incluindo hábitos e atitudes) ou comportamentos que, de alguma forma auxiliaram, mesmo inconscientemente, para o adoecimento e, após enfrentar o desafio de todo o processo e se restabelecer, percebe que se tornou mais vigorosa que antes. Concluindo, todos passam por estágios de saúde e doença nos quais se pode aprender e crescer (CAPRA, 1982).

Boff (2000) sugere que, neste processo saúde-doença, uma atitude saudável de determinado sujeito implicaria neste enfrentar as diversas situações de saúde e doença (fraquezas, enfermidades, agonia, envelhecimento, morte). Saúde seria um conceito que corresponderia à capacidade de força para viver no processo de enfrentamento dos danos e injunções que a vida nos desafia.

Refletindo agora sobre a concepção holística que estamos adotando na análise do processo saúde-doença, possuindo o sentido de todo, já que este termo deriva-se da expressão grega “holos” (que significa “todo”), estamos seguindo o pensamento de autores como Capra (1982) e Wilber (2001). Eles referem a concepção holística como conceituando o universo como um holograma ou composto de “hólons”, expressão que foi utilizada por Arthur Koestler (apud CAPRA, 1982) em 1978 para significar uma entidade que é todo e parte ao mesmo tempo, ou seja, um “todo” em relação a suas partes e uma “parte” se relacionada a todos maiores. Por exemplo, o corpo biológico é um sistema que compõe um todo integrado de órgãos (partes), ao mesmo tempo em que é parte de outro todo maior, o ambiente físico, e cada órgão é parte do corpo biológico, mas constitui outro todo para as células, assim sucessivamente para baixo e para cima do sistema (WILBER, 2001). Cada hólón apresenta duas tendências: funcionar como parte de um todo maior, se ajustando e também preservando sua autonomia e identidade e, ao mesmo tempo, integrar as suas partes que compõe seu todo. Esse conceito aponta para a idéia da existência de uma perspectiva de complementaridade no universo, mostrando que a realidade não é composta nem de partes, nem de todos, mas sim de todo/partes.

Esta concepção segue o pensamento da Física Quântica, onde um grupo internacional de físicos, dentre eles Max Planck, Albert Einstein, Niels Bohr, Louis De Broglie, Erwin Schrödinger, Wolfgang Pauli, Werner Heisenberg e Paul Dirac, contestaram a possibilidade de se encontrar a menor partícula material possível, já que nem o átomo nem o elétron são indivisíveis. O elétron não possui uma localidade, se apresentando com aspectos materiais de partícula em algumas situações e aspectos energéticos de onda em movimento em outras situações, a depender do observador que olha e foco que se dê (CAPRA, 1982). Assim, o elétron seria partícula e onda ao mesmo tempo ou nenhum dos dois, sofrendo em aparência transformações contínuas de onda para partícula e vice-versa, fazendo com que nem o elétron nem qualquer outra “parte” atômica possuíssem propriedades intrínsecas, independentes do seu meio ambiente. Heisenberg (apud CAPRA, 1982) assim se expressou:

“O mundo apresenta-se, pois, como um complicado tecido de eventos, no qual conexões de diferentes espécies se alternam, se sobrepõem ou se combinam, e desse modo determinam a textura do todo” (CAPRA, 1982: 75)

O mundo material seria, então, uma teia interligada de relações. Nenhuma das propriedades de qualquer parte dessa teia é fundamental, todas elas decorrem das propriedades das outras partes do todo e a coerência total de suas interrelações determina a



estrutura da teia. O mundo passa a ser concebido em termos de movimento, fluxo de energia, processos de mudança, relativizando-se o tempo, espaço e massa, que passam a ser percebidos como conversíveis, onde o evento vem substituir o elemento, o qual passa a ser reconhecido em suas partículas subatômicas como padrões de energia que fazem desaparecer o conceito de espaço vazio X objetos sólidos.

Dentro dessa concepção, o processo saúde-doença passa a ser percebido como uma unidade que integra corpo, mente, emoção, espírito, sujeito social, ou diferentes corpos - biológico, mental, emocional, espiritual e social, ao que podemos chamar de integração biopsicosócio-cultural-espiritual ou, simplesmente, biopsicossocial.

No modelo biopsicossocial a doença é, então, construída como incorporação simbólica ligando corpo, *self* e sociedade e a saúde é percebida como um estado singular, impossível de ser definido e generalizado por meio de um conceito científico. Este modelo estimula a promoção da saúde, com um conceito mais positivo de enfoque na saúde, sabendo da convivência com os limites desta dificuldade de definição.

Apesar desta limitação, compreendeu-se que os conceitos de saúde e doença são não-dicotômicos e interpenetráveis e, que a saúde da população resulta de questões pessoais integradas à forma como se organiza a sociedade. Este pensamento ressaltou, primeiramente, a importância de mudança nos estilos de vida, quando no relatório Lalonde (Ministro do Canadá de 1974) apareceram referências ao movimento da promoção da saúde, com a expressão “campo da saúde” enfatizando quatro vertentes de preocupação: biologia humana (maturidade, envelhecimento, herança genética, sistemas internos complexos); sistema de organização dos serviços (curativo, preventivo e recuperação); estilo de vida (emprego, riscos ocupacionais, padrões de consumo e riscos das atividades de lazer) e ambiente (físico, psicológico e social – PAIM, 2000).

Esta importância dada aos estilos de vida, apesar de apontar uma sensibilização aos determinantes sociais do adoecer juntamente com responsabilização pessoal, implicou em críticas sobre enfatizar os sujeitos (cada indivíduo ou grupo de determinada classe social possui seu estilo de vida, composto de hábitos e atitudes moldados pelas condições materiais de existência, compondo seu modo de vida) em detrimento da responsabilidade do Estado sobre a saúde da população. Mais tarde, preferiu-se ressaltar os fatores sociais, no sentido ambiental e sócio-econômico-político, trazendo mais a obrigação do Estado em promover saúde, protegendo o ambiente e organizando a assistência em serviços mais disponíveis e de qualidade, zelando pelos cidadãos que o compõem. Este estímulo à cidadania e participação popular situa os sujeitos cuidando também de sua saúde, mas tem referido pouco as questões

psicológicas envolvidas, devido inclusive à posição dicotômica que acontece no interior das discussões de abordagens sociológicas e psicológicas nas concepções mais difundidas de indivíduo e sociedade. Estas posições dicotômicas referentes ao processo saúde-doença faz com que reflitamos sobre alguns dos dualismos mais presentes nestas discussões, como iremos discorrer a seguir.

## **1.2. O DUALISMO CORPO X MENTE: ASPECTOS HISTÓRICOS**

Nesse item, vamos considerar os aspectos históricos da dimensão psicossocial das doenças, situando especialmente a introdução da concepção do dualismo cartesiano que influenciou na separação do corpo biológico do psiquismo (apesar de nossa proposta abranger este conceito para o psicossocial), ficando o tratamento do corpo sob a responsabilidade dos médicos e o tratamento da mente para os psiquiatras e psicólogos. Daí houve a desintegração da abordagem biopsicossocial. Em seguida, nos centraremos sobre algumas correntes teóricas mais recentes que têm problematizado a resolução desse dualismo, buscando apresentar algumas possibilidades no sentido da sua superação. Partiremos de autores que tentaram traçar na história a origem da dicotomia mente e corpo e as particularidades culturais assumidas por essa dicotomia. Para tanto é preciso de início contextualizar esses períodos históricos a partir do que os caracterizaria em termos de visão de mundo.

Wilber (2001) considera que a história da humanidade é marcada por diversos estágios de consciência, caracterizadas por diferentes cosmovisões ou visões de mundo, dividindo-se em: 1- estágio forrageiro (sociedades de caça ou de coleta), apresentando uma cosmovisão arcaica, onde as pessoas são influenciadas pelas sensações, experiências concretas e impulsos; 2- estágio horticultor (utilização da enxada, domesticação de plantas e animais), onde se apresenta uma cosmovisão mágica, onde os indivíduos eram estimulados por imagens e símbolos, com intenso egocentrismo e onipotência; 3- estágio agrário (manuseio do arado puxado por animais), no qual aparece a cosmovisão mítica, onde eram influenciados por regras e papéis; 4- estágio industrial, durante a revolução industrial, apresentando uma cosmovisão racional, com predomínio da hegemonia científica e pensamento racional-lógico; 5- estágio da informação (era do computador), com uma cosmovisão existencial, onde se questiona o racionalismo exacerbado, excesso de tecnologia e busca-se um raciocínio de síntese, mais integrativo. O autor compara estes estágios de desenvolvimento da humanidade

com os estágios de desenvolvimento do ser humano, segundo a teoria piagetiana, mas não de forma estanque, onde a cosmovisão arcaica estaria relacionada com a fase sensório-motora, em que a criança seria mais influenciada pelos impulsos instintivos e sensações concretas, sem internalizações mentais de conceitos; a cosmovisão mágica, associada à fase pré-operacional, caracterizada pelo pensamento mágico, egocêntrico e as primeiras internalizações conceituais e simbólicas; a cosmovisão mítica, referida ao período operacional concreto, onde a criança apreende as regras e papéis sociais; a cosmovisão racional, correspondente ao período operacional formal, onde se desenvolve o pensamento lógico e científico e a existencial, finalmente, no momento atual, referente a um estágio definido por Wilber como visão lógica, onde as pessoas desenvolvem um pensamento com consciência de síntese e integração, inclusiva e não-dicotômica, buscando mais filosoficamente uma finalidade para sua existência.

Soares (2000) argumenta que o que caracterizaria nas fases instintivas e mágicas da humanidade no que tange à percepção de corpo e mente/espírito<sup>9</sup> era o fato destes comporem um todo em interações contínuas. Na Grécia antiga, por exemplo, existia um modelo de tratamento chamado nooterapia, ou terapia da mente, que integrava corpo e mente/espírito, baseado em crenças do semideus Asclépio (também chamado de Esculápio, pai de Higéia e Panacéia, que curava com poções soníferas, descobrindo as causas, interpretando os sonhos, para depois recuperar o doente), o que implicava num processo de redefinição de atitudes e valores. Utilizava-se de vários métodos integrados de dança, música, exercícios, poesia, teatro, ritos, sono sagrado e interpretação de sonhos. “Havia o *Abaton*, santuário onde os enfermos dormiam para terem sonhos de comunhão com a divindade que os tocava e curava. Havia o *Odeon*, local onde se podia dançar e ouvir música tranqüilizadora, além da leitura e declamação de poemas de enlevo. Havia o *Ginásio*, onde se faziam exercícios físicos integradores da mente-corpo (não só enfatizando a exuberância muscular do corpo). Havia o *Estádio* para esportes de competição controlada para melhorar o tônus corporal. Havia o *Teatro* para dramatização de situações complexas da vida para desdramatizá-las e facilitar a cura. Havia a *Biblioteca*, onde se podia consultar livros, admirar obras de arte e participar de discussões sobre os mais diversos assuntos” (BOFF,2000:146).

---

<sup>9</sup> Não havia na Grécia antiga a separação atual que ocorre na mente e espírito, excluindo-o de nossas preocupações. A palavra grega *nous* referia sobre a mente como o espírito individual. Victor Frankl fez uma conceituação em que a psique tanto estudada seria referida à mente e *nous* seria o espírito humano no sentido individual, refletindo sobre a concepção de *pneuma* como Espírito divino, que integra todas as criações divinas (FRANKL, 1985 *apud* MORAIS,2006).

Com Hipócrates, ainda na Grécia Antiga (460-377 a.C.), a medicina busca um primeiro distanciamento das percepções mágicas e míticas, fundando suas bases científicas em uma certa visão racionalista, embora mantendo a origem sagrada do conhecimento médico (Luz, 1995). A saúde era considerada como um estado harmonioso entre corpo, mente e ambiente, embora o dualismo mente X corpo já aparecesse, como, por exemplo, na tentativa de classificação das doenças mentais. Soares (2000) ressalta que havia diferença neste dualismo do “*Corpus hippocraticum*”, havia ainda integração mente-corpo, quando se compara ao “*Res cogitans*”(substância pensante) X “*Res extensa*”(substância extensa), presente no dualismo cartesiano, onde se acreditava que a mente funcionava independente do corpo, o que acabaram por ressaltar as qualidades mecânicas do corpo.

Este saber científico foi substituindo, aos poucos, o pensamento filosófico-religioso na medicina ocidental. A partir do século XVI, o pensamento racionalista se intensificou com René Descartes que concebe a mente como esta substância pensante e o corpo, não mais percebido como “morada do Espírito Santo”, perde o caráter de sagrado e passa a ter o aval para ser utilizado em experiências científicas. Isto levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos mentais, não necessariamente, pelo que Descartes falou, mas pelo modo como a maioria dos autores seguintes o compreendeu e assim vem reforçando ao longo do tempo (RAMOS, 2006).<sup>10</sup> O projeto epistemológico desta medicina passou a ser, então, produzir conhecimento sobre as doenças, preocupando-se mais com as questões biológicas, e afastando-se progressivamente da arte de curar, tão estimulada na época hipocrática.

Este modelo biomédico, influenciado pelo paradigma newtoniano-cartesiano, estruturou o conceito de saúde e doença, bem como a prática da assistência médica ocidental, que, apesar de ter emergido também de um vasto reservatório de curas tradicionais e populares, acabou por transformar-se numa abordagem essencialmente biomédica, propagando-se subseqüentemente para o resto do mundo.

Um dos períodos mais expressivos que veio reforçar este modelo biomédico da saúde, bem como a separação mente-corpo, foi durante o século XX com o impacto do Relatório Flexner<sup>11</sup> (PAIM, 2000). A doença mental também foi influenciada por este modelo, onde os esforços se concentraram em descobrir causas orgânicas para as perturbações mentais, ao

---

<sup>10</sup> Segundo Ramos (2006), Descartes não duvidava de que a origem do corpo e da mente estivessem remetidas a um único plano divino, interagindo num mesmo espaço, na glândula pineal, mas funcionando de forma independente.

invés de compreender as suas dimensões psicológicas, tais como postuladas por Freud (pai da psicanálise), que iniciou o movimento da Psiquiatria dinâmica e psicoterapia, aproximando-se das ciências sociais e da filosofia.

Este modelo biomédico reflete algumas dicotomias no âmbito da prática, como a referente entre o corpo e a mente, e o dualismo Sujeito X Estrutura social (ou Psico X Social). Trataremos primeiramente da dicotomia Corpo X Mente, e, no próximo item, discorreremos sobre a segunda dicotomia citada. Para tanto, iremos explicitar as correntes teóricas mais recentes que têm se referido a este primeiro dualismo<sup>12</sup>. A abordagem dualista cartesiana, já citada anteriormente, nesta cosmovisão racional, considera o corpo como material, obedecendo às leis da física e a mente, na época ainda vista integrada ao espírito, como imaterial, situando-se fora da esfera física, e estando ligados no hipotálamo (na glândula pineal), mas funcionando de maneira independente, estimulando a se perceber o corpo como uma máquina, o que fez com que muitos negligenciassem a influência da mente. Mais tarde, ocorreu uma separação entre mente e espírito, ficando a mente delegada para estudo na ciência psicológica e o espírito para preocupação da religião.

Outra abordagem dualista presente atualmente na separação corpo e mente, segundo Zohar (2002), é a do neurobiólogo Sir John Eccles, que, juntamente com o filósofo Karl Popper, chegaram a escrever que a matéria é constituída de átomos e a mente de “*psicons*” (partículas básicas de consciência).

Outras duas abordagens materialistas de reducionismo biológico são as que eliminam a possibilidade de existência da consciência, onde só existiria o cérebro com seus neurônios, representados por Daniel Dennett, e a corrente de Francis Crick, que afirmam, respectivamente, que a mente pode ser totalmente explicada pela ciência materialista e que, a consciência é um fenômeno que surge da estrutura e função dos neurônios (ZOHAR, 2002).

Existem ainda os dualistas de propriedades, que acreditam que mente e corpo são dois lados de uma mesma moeda, que a mesma substância básica do universo apresenta propriedades duplas de mente e matéria, sem, contudo acreditar na existência do espírito humano (ZOHAR, 2002).

---

<sup>11</sup> Relatório do presidente americano de 1910 que analisou o ensino médico e mudou o currículo das escolas de medicina, conduzindo a uma superespecialização da prática médica e ao campo de pesquisa biológica (PAIM, 2000).

<sup>12</sup> Dualismo é diverso de dualidade. A dualidade é presente por se referir a duas dimensões que revelam aspectos diferentes de uma mesma e única realidade, demonstrando a complexidade do real. O dualismo parte de uma concepção errônea por compreender as duas expressões da dualidade como independentes e separadas (BOFF, 2000).

Finalmente, o filósofo David Chalmers, seguindo Bertrand Russel (APUD ZOHAR, 2002), propõe que toda matéria possui algo como “protoconsciência”, assim como possui outras características atômicas de massa, carga, spin. A protoconsciência é uma parte natural das leis físicas fundamentais do universo: tudo que existe possui protoconsciência em graus diferentes de avanço. O cérebro humano seria o único capaz de transformar estes fragmentos de protoconsciência em consciência plenamente desenvolvida. Jung (APUD ZOHAR, 2002) já dizia: “Desde que a psique e a matéria estão contidas no único e mesmo mundo e, além disso, em contato ininterrupto entre si, não é só possível, mas extremamente provável, que psique e matéria sejam aspectos diferentes da única e mesma coisa”. Além disso, ele afirmava que toda esta separação entre mente e corpo nada mais era que “mero expediente da razão para que percebamos os dois lados da mesma realidade, uma separação - conceitualmente necessária - de um só e mesmo fato em dois aspectos aos quais atribuímos indevidamente até mesmo uma existência autônoma” (1972, APUD RAMOS, 2006). A visão de Jung segue o modelo holístico de que o corpo e a mente compõem um todo inseparável, apesar das expressões diferentes, como o elétron que se apresenta como partícula (matéria) e onda (energia), mas é as duas coisas integradas, apesar de ser percebido pela nossa mente fragmentada como uma coisa ou outra, de acordo com o foco momentâneo de análise do observador. Jung também referia a mente como integrada à alma, quando trouxe os conceitos de inconsciente coletivo como uma mente ou alma cósmica integrando toda a humanidade e colocou a questão do self ser integrador desta experiência pessoal e coletiva no processo de individuação. Iremos discutir este assunto mais adiante.

O modelo cartesiano, característico da cosmovisão racionalista, mais recentemente, tem apresentado sinais de crise, trazendo consigo discussões acerca de racionalismos exacerbados e lineares. Novas pesquisas, especialmente aquelas conduzidas a partir da física quântica, resultaram em descobertas que influenciaram o novo paradigma holístico, mais condizente com a chamada “cosmovisão existencial”. O campo da saúde não fica isento da influência desse novo paradigma. Como diz Ferguson (1980): “O novo paradigma de medicina e de saúde amplia a estrutura dos avanços antigos e brilhantes da tecnologia, ao mesmo tempo em que restaura e dá validade às intuições sobre a mente e os relacionamentos. Holístico refere-se a uma aproximação qualitativamente diferente, que diz respeito à interação da mente, corpo e ambiente”.

Dentro desse paradigma a saúde deixa de ser percebida como “ausência de doença” e passa a ser vista como um estado de harmonia entre a natureza interior e exterior e o corpo passa a ser percebido como um sistema dinâmico, um contexto, um “campo de energia dentro

de outros campos” (CAPRA, 1982), onde a dor e a doença podem ser informações sobre conflitos e desarmonias como um todo. Sela-se uma maior integração entre a mente e o corpo na busca da saúde, além da importância da espiritualidade neste processo integrativo. Acredita-se que a percepção da mente integrada ao espiritual amplia melhor a visão de sujeito e auxilia neste tipo de abordagem corpo-mente (MORAIS, 2006).

Dentro desse sistema holístico, a dimensão psicológica, além de estar integrada ao corpo e percebida em sua espiritualidade, passa a ser reconhecida como participante das enfermidades e distúrbios de maneira geral. Surgem cada vez mais evidências da participação da psique nas doenças consideradas orgânicas, e não apenas nas doenças mentais, como por exemplo, AIDS, câncer, hipertensão e doenças cardiovasculares, além de outras doenças chamadas anteriormente de psicossomáticas<sup>13</sup>. Várias disciplinas, teorias e modelos buscam dar conta dessa tentativa de aproximação da mente com o corpo no campo da saúde e do seu cuidado.

A contribuição de Selye (1956, *apud* RAMOS, 2006) sobre o estresse, por exemplo, como sendo passível de adoecer o organismo pelo desequilíbrio desencadeado em resposta a influências ambientais, remete à questão já discutida da flexibilidade do organismo, onde qualquer pessoa estaria sujeita a perdas temporárias desta flexibilidade e o indivíduo, então, ao perceber uma ameaça, deve lutar ou fugir, como parte integrante da vida de cada um. Quando o estresse é crônico, ele torna-se altamente prejudicial e adoecedor. Para Selye, as doenças de adaptação seriam reações defensivas e adaptativas do corpo, uma mistura de defesa e submissão que delinearía alguns tipos de doença por excesso de defesa ou por excesso de submissão. Para Capra (1982), quando um organismo é forçado ao seu limite extremo e entra num processo de rigidez ou queda de flexibilidade, se ele não consegue retornar ao estado anterior de equilíbrio ou se não consegue encontrar uma saída ou alívio para seu problema, então, adoecerá. A doença, nestes casos de estresse (alterações psicofisiológicas por estímulos de diferentes naturezas), apontaria um desequilíbrio ou discrepância entre as solicitações feitas sobre determinado sujeito e sua capacidade de resposta, também chamada de enfrentamento (o que depende de sua avaliação, interpretação e

---

<sup>13</sup> Doenças Psicossomáticas eram doenças que se referiam a um distúrbio sem base orgânica claramente diagnosticada, supondo-se originadas e/ou pioradas pelo psiquismo, como cefaléias, distúrbios cutâneos (dermatoses), gástricos (colite, úlcera, cólon irritável), asma, artrite reumatóide (ERBA, 2005). Atualmente todas as doenças são psicossomáticas, não por serem consideradas sempre originadas na mente, mas por serem sempre influenciadas pela mente, já que não dá para separar o corpo da mente na experiência do adoecer. As doenças são originadas no corpo e na mente ao mesmo tempo, expressando-se mais por via psíquica ou orgânica (JUNG *apud* RAMOS, 2006).

forma de lidar com a situação em questão – NEME, 2003). Tudo dependeria da interação mundo interno e externo, buscando uma coerência equilibradora.

A teoria do estresse contribuiu com a construção da atual abordagem psicossomática e da psicologia da saúde que passam a ser discutidas com maior valorização na saúde em geral. A Psicologia da saúde engloba o campo de práticas da psicologia na saúde, tanto em hospitais como em comunidades (ANGERAMI-CAMOM, 2004), procurando clarear o papel do psicólogo na saúde (inclusive na saúde pública) dando ênfase em abordagens que situam a historicidade do sujeito, como a psicologia sócio-histórica e a psicoterapia existencial (ANGERAMI-CAMOM, 2000), avanços na perspectiva social da psicanálise e, mais recentemente, vem aceitando a psicologia corporal e a analítica (RAMOS, 2006). Todos estes pontos de vista teóricos, apesar das divergências na forma pela qual compreendem os processos de produção das doenças, vêm se utilizando dos avanços da psiconeuroendócrinoimunologia dentro de uma busca de constituição de uma abordagem psicossomática ou biopsicossocial, integrando práticas da saúde mental, física e social. Na ótica comportamental, a psicologia da saúde (BALLESTEROS e CARROBLES, 1988 *apud* REMOR, 1999) visa contribuir com a “aplicação e integração dos achados da psicologia científica na promoção e manutenção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento da doença e a pesquisa da etiologia e correlatos da saúde e da doença, desde uma perspectiva biopsicossocial”. Sua principal função é prevenir a ocorrência de problemas físicos ou tratar e reabilitar os casos necessários, partindo do pressuposto de que o “comportamento constitui, junto com as causas biológicas e sociais, os determinantes principais, tanto da saúde como da maior parte das doenças e problemas humanos de saúde existentes na atualidade” (REMOR, 1999:209). Os diferentes campos da psicologia, ciências biomédicas e ciências sociais passam a interagir com a finalidade de prevenir a ocorrência de comportamentos “insanos”, tratar ou controlar estas condutas e promover a instauração de comportamentos saudáveis.

A atual Psicossomática, ou melhor, abordagem sóciopsicossomática ou biopsicossocial, construiu-se a partir da busca destas teorias por uma compreensão das doenças, a partir da antiga medicina psicossomática (estudo das relações entre aspectos biológicos e psicológicos da saúde na interface medicina/psicanálise) ampliando a preocupação com a saúde, o adoecimento e as práticas de saúde numa abordagem integral ou holística, envolvendo questões biológicas, psicológicas e sócio-culturais, além das espirituais. Eksterman (1992) afirma que a medicina psicossomática apresenta seus princípios contidos na doutrina médica desde os tempos hipocráticos. Este termo foi citado em 1808 por Heinroth (psiquiatra alemão que pesquisava sobre a insônia) e consolidado por Alexander e a escola de



Chicago com a descrição de sete doenças psicossomáticas, em finais dos anos 40, já com diversas influências da psicanálise, gestalt, psicologia analítica e avanços da neurologia e da endocrinologia (RAMOS, 2006). No Brasil, ela se apresentou sobre três teses centrais: “A etiopatologia somática está comprometida, em casos determináveis ou de forma universal, com a função psicológica; a ação assistencial é um processo complexo de interação social que, além de incluir os conhecidos atos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos, contém elementos da vida afetiva e irracional dos participantes; a natureza essencial do ato médico é humanista e, portanto, a terapêutica deve estruturar-se em função da pessoa doente e não apenas organizar-se, preventiva ou curativamente, a partir do reconhecimento de uma patologia” (EKSTERMAN, 1992, p. 28).

A medicina psicossomática iniciou seu movimento a partir de três vertentes teóricas: a psicogênese, a psicologia médica e a antropologia médica. Todas apresentam contribuições variadas da psicanálise e outras teorias da personalidade, estimulando o valor da palavra e a participação do inconsciente, apontando que, na maioria dos casos, não somos regidos apenas por leis racionais na constituição e manutenção de doenças. A psicogênese, segundo Spink (1992), demonstrou maiores preocupações com a esfera intra-individual e explicação do aparecimento da doença no organismo individual. Assim, na visão psicanalítica, conflitos inconscientes não resolvidos entre desejos e forças antagonísticas do id e superego, mediados pelo ego, o qual buscaria pelo contato com a realidade avaliar estes conflitos entre as demandas internas e externas, gerariam tensões emocionais crônicas com correlações fisiológicas, podendo resultar em disfunções ou mudanças estruturais em determinados órgãos do corpo físico. O ego lançaria mão dos mecanismos de defesa ou adaptação, meios pelos quais nossa psique controlaria estes conflitos, podendo ser bem ou exageradamente utilizados (em frequência e/ou intensidade) e que se designam como buscas saudáveis (recalque, compensação, racionalização, idealização, formação de reação, deslocamento, sublimação) ou processos nocivos em si mesmo como projeção, conversão, auto punição, regressão e negação, além de processos automáticos do inconsciente como introjeção, identificação e simbolização (SILVA, 2000). Não podemos descrever cada um destes mecanismos ou processos, no momento, mas a variação dos diversos arranjos pessoais em relação com o mundo externo é que iria contribuir nas diversas doenças, segundo a psicanálise.

Outras teorias psicológicas, como a junguiana e as neo-reichianas (seguidores de Reich, outro discípulo dissidente de Freud) estão consideradas neste grupo de maiores preocupações intrapsíquicas na constituição de doenças, mas estas já demonstram uma integração maior entre a esfera intra-individual e as pressões sociais, onde consideram uma percepção holística entre o

mundo interno e externo, incluindo a resposta do organismo a este estresse prolongado influenciando em configurações de personalidade. De acordo com Reich (1992), determinados tipos de personalidade ou caráter se configurariam a partir dos traumas mais marcantes e das escolhas interativas de reações pessoais diante do contexto da fase de desenvolvimento em que a pessoa se encontra, e que, influenciaria também na suscetibilidade a doenças específicas. Um exemplo semelhante a este pensamento encontra-se no estudo de Friedman e Rosenman (1974, *apud* RAMOS, 2006) sobre a personalidade tipo A como fator sensibilizante para doenças cardíacas, devido à presença de comportamentos como agressividade, competitividade, envolvimento excessivo com o trabalho e urgência de tempo. Esta personalidade é citada por Lowen (seguidor de Reich e fundador da análise bioenergética, 1988) em reflexões acerca da construção de seu esquema de tipos de caráter, considerando determinadas doenças, como a cardíaca, vinculadas a determinados traços de personalidade e repressão de determinadas emoções, o que sugere a unificação das terapias física e psicológica no tratamento de doenças.

A psicologia analítica de Jung, também vai além nestas questões de mundo interno ou externo, esfera intra-individual ou pressão social, ao integrá-los no conceito de inconsciente coletivo. Ele considera que qualquer doença surge no corpo e na mente integrados e que, os sintomas, sejam mais somáticos ou psíquicos, representam simbolicamente uma disfunção que inclui também complexos inconscientes, a partir de uma perturbação no eixo ego-self. Jung integra aspectos corporais e emocionais inconscientes em distúrbios psicóticos, neuróticos, fenômenos psicossomáticos e na doença orgânica, oscilando entre as doenças mais emocionais e menos orgânicas até as mais orgânicas e menos emocionais. Ou seja, qualquer doença envolveria sempre também questões psicológicas, simbolismos pessoais e culturais que se expressariam por via psíquica ou somática, onde esta última envolveria conteúdos reprimidos mais arcaicos e pré-verbais. O conflito necessitaria ser interpretado (transdução) e integrado à consciência para corrigir esta situação compensatória de atitude unilateral da consciência, religando o eixo ego-self (RAMOS, 2006).

A Psicologia médica, designação proposta para o ensino da psicologia no que interessa à prática médica e incluída como disciplina isolada no atual currículo das escolas de medicina, foi inspirada por Michael Balint com seus famosos grupos de treinamento de médicos nesta percepção de englobar a compreensão do homem como unidade biopsicossocial, inclusão das histórias de vida e personalidade dos pacientes participando da forma destes adoecerem, preocupação com a relação médico-paciente, incluindo fatores psicossociais na gênese, evolução e cura da enfermidade, além da importância do envolvimento familiar. Assim, a

psicologia médica prega um maior aprofundamento do médico na valorização e inclusão da dimensão psicossocial, ou seja, aproximar a visão macro do social com a dimensão psicológica do ser humano. Isto implicaria no avanço do pensamento e prática da medicina ocidental hegemônica, onde uma visão global do paciente seria regra de todo médico, buscando uma prática médica integral ou holística (EKSTERMAN,1992).

A antropologia médica, a terceira vertente da medicina psicossomática, expandiu-se em um grande arcabouço teórico na área da saúde coletiva, a partir de seu surgimento em meados dos anos 60, agrupando diversas pesquisas relacionadas à saúde humana abordadas na perspectiva antropológica. Atualmente ela se inclui num campo mais vasto, melhor chamado de antropologia da saúde, e contribui com a epidemiologia, influenciada também pelas ciências sociais. A antropologia da saúde preocupa-se com pesquisas ligadas a relações entre médicos e pacientes, bem como a relação entre representações e concepções populares e profissionais sobre saúde e doença, envolvendo etiologia, diagnóstico ou seu tratamento com a cultura e a organização social das populações consideradas (BUCCHILLET,1991). Ela integra prevalência, incidência e distribuição das doenças com variáveis ambientais e/ou sócio-culturais, na complexa inter-relação sociedade, cultura e processo saúde-doença. Esta enfatiza o significado (social) da experiência juntamente com o sentido (pessoal) dado pelo indivíduo no aparecimento da doença. Isto inclui o conflito entre o estilo de vida e a resistência individual. Alguns autores da antropologia médica, segundo Spink (1992), preocupam-se com a associação de saúde com inclusão social e atividade produtiva e doença com exclusão social e inatividade, outros autores preocupam-se mais com a aproximação entre o saber científico (oficial) e o popular. A ênfase desta abordagem é que a saúde envolveria a conscientização das pessoas numa perspectiva cultural de transformação social.

Kleinman (1988), como um dos representantes deste pensamento, considera que a doença é polissêmica, apresentando assim mais de um significado de acordo com a cultura e período histórico. Os episódios de doença constituem uma “rede complexa de significações, onde os significados influenciam o curso da patologia, moldando a experiência subjetiva e o comportamento individual e social” (KLEINMAN, 1988). Não existem sintomas que não sejam culturalmente moldados e, portanto, socialmente construídos. Assim como existem estilos distintos de comer, rir, chorar, se lavar e realizar funções corporais como urinar, defecar, menstruar, existem estilos diferentes na representação e interpretação de doenças. A medicina hegemônica no Ocidente concebe o corpo como uma máquina ou objeto separado do pensamento e da emoção, no entanto, nas racionalidades médicas do Oriente, o corpo é um sistema aberto integrando relações sociais e *self* num cosmos holístico. Neste modelo, emoção

e cognição estão unidas em processos corporais. O corpo é sagrado, fazendo parte de um todo com outros corpos, incluindo o divino. Na China, a energia vital deve estar em harmonia com o meio ambiente físico e social. Yin e Yang estão em oposição complementar e o tempo, horário, localização geográfica e ordem sociopolítica estão inter-relacionados com o corpo, a mente e a emoção na constituição de doenças.

A antropologia da saúde também compara diferentes racionalidades médicas e revela estudos sobre variações na percepção de diferentes culturas sobre o limiar da dor (HELMAN, 1994 *apud* IRIART, 2003), onde certas culturas apresentam maior limiar por atribuírem significados positivos à dor, fornecendo instrumentos simbólicos para se lidar com ela. Além disso, esta se preocupa com os chamados idiomas culturais da aflição que são compostos por representações, sintomas e comportamentos incorporados de forma inconsciente dentro de um grupo cultural, que permitem comunicar uma ampla gama de preocupações pessoais e sociais de forma compreensível para outras pessoas (KIRMAYER et al, 1995 *apud* IRIART, 2003). O idioma do nervoso (“problema dos nervos” – DUARTE, 1986 *apud* IRIART, 2003) é um exemplo de um destes idiomas, utilizado nas classes populares urbanas no Brasil para se referir à doença que eles consideram como sendo “dos nervos”, apresentando sintomas como “dor, zozada ou zumbido na cabeça; tremores; aflição; tonteiras; insônia; irritação e tristeza” diante de sofrimentos ligados às suas péssimas condições de vida, problemas financeiros, desemprego e problemas familiares ou outros conflitos interpessoais.

A Psicossomática atual vem se construindo na busca desta abordagem biopsicossocial e num campo transdisciplinar (interface com a medicina psicossomática, psicologia da saúde e antropologia da saúde), onde diversas teorias buscam dar respostas à reintegração perdida da mente-corpo no processo saúde-doença, a partir da influência deste novo conceito de saúde da OMS, reunindo pesquisas e explicações na construção de uma teoria mais consistente que integre aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Esta visão sóciopsicossomática ou abordagem biopsicossocial é referida desde George Engel (*apud* ERBA, 2005) como sendo uma nova forma de lidar com as doenças, percebendo a participação dos aspectos psíquicos, emocionais e sociais entrando em jogo como causa, co-causa e/ou consequência no processo de adoecimento. Esta perspectiva englobaria também teorias psicológicas, inclusive a que estamos tratando da psicologia analítica de Jung (melhor detalhada adiante), a qual procura agrupar as doenças não como mentais e orgânicas, mas variando entre uma sintomatologia mais orgânica e menos emocional até uma sintomatologia mais emocional e menos orgânica, não podendo dizer nem que uma doença é puramente

psicológica nem puramente fisiológica, para não sermos reducionistas, já que o corpo e a mente estão sempre integrados.

A fim de compreender melhor o que seria esta abordagem biopsicossocial nesta perspectiva integradora da psicologia analítica, precisamos ainda entender o que constitui a dimensão psicossocial do processo saúde-doença, sem esquecer o objetivo de nossa pesquisa que se preocupa com esta na perspectiva de médicos que atuam no âmbito da atenção básica. Outra discussão, então, aparece como importante que é aquela que envolve a compreensão do que é indivíduo e do que é coletivo e de que forma essas duas instâncias se articulam na compreensão do processo saúde-doença.

### **1.3. O DUALISMO INDIVÍDUO X SOCIEDADE NA CONSTRUÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

Outro dualismo muito discutido na Saúde Coletiva, o qual reflete contribuições das ciências sociais (nelas incluídas suas vertentes que estudam o fenômeno da saúde e das doenças nas sociedades) é o dualismo Indivíduo X Sociedade. Diversas teorias tentam explicar esta dimensão psicossocial do processo saúde-doença, nesta área da Saúde Coletiva, sejam estas sociológicas, antropológicas, psicológicas, etc. No intuito de contemplar esta relação Indivíduo X Sociedade, as teorias sociais, por exemplo, concorrem no debate das percepções desde uma maior influência da estrutura social até um maior protagonismo do sujeito nas mudanças sociais.

Estas teorias sociais dividem-se principalmente em três blocos: 1 – As teorias funcional-estruturalistas, representadas por autores como Durkheim, que propõe que o sistema social ou o todo da estrutura social representa mais do que a soma das partes e é dotado de natureza, funções e finalidades próprias que influenciam e determinam os indivíduos (membros das sociedades); 2 – As sociologias compreensivas, como a fenomenologia e o interacionismo simbólico, influenciadas pelo pensamento de Weber, onde os indivíduos ou sujeitos são atores e autores da realidade social, porque definem e criam situações, ou seja, o elemento central das estruturas sociais é a significação que os seres humanos lhes atribuem ao criá-las, mantê-las ou transformá-las; e 3 – O marxismo, com uma percepção dialética (não-

dicotômica, abordando a relação indivíduo X sociedade como unidade de contrários), onde o sujeito constrói sua história, podendo transformar a realidade. As duas primeiras abordagens se posicionam de forma dicotômica no que tange à participação da estrutura social e do sujeito na reprodução ou mudanças da sociedade (MINAYO, 2001). A proposta marxista tenta superar este dualismo numa perspectiva relacional dialética, mas ainda enfatiza a luta entre os contrários na evolução histórica (CAPRA, 1982). Ayres (2001) acrescenta que Marx considera o sujeito (ser histórico) como produto e produtor das condições objetivas de sua sobrevivência, com a capacidade de introduzir ou melhorar situações ou idéias para o progresso da vida humana, mas esta visão produto-produtor não expressa tão integradamente o movimento contínuo sujeito-sociedade, além dele ter enfatizado as relações diante da produção de bens. Além disso, Vasconcelos (2006) acrescenta que Marx expressou-se de forma unilateral em movimentos históricos que impunham mudanças aceleradas em detrimento daqueles movimentos culturais que produzem efeitos em ritmos lentos, mas respeitando melhor a subjetividade envolvida no processo de transformação social.

Apesar de encontrarmos esta riqueza de construções teóricas na abordagem sociológica e também na antropológica, que não vamos citar, muitas destas enfatizando um aspecto ou outro na dicotomia Indivíduo X Sociedade, iremos encontrar nas produções da área da Saúde Coletiva poucas referências sobre a perspectiva psicológica tratando desta questão do Psico X Social.

No caso da Psicologia percebem-se também divisões nas preocupações com o indivíduo ou com grupos sociais, por exemplo, a própria divisão de existir uma área chamada de psicologia social, que acabou tornando-se uma disciplina, mas que deveria integrar a psicologia como um todo. E, dentro desta psicologia social, muitas teorias enfatizam os fenômenos sociais em sua dimensão mais social ou mais subjetiva (a maioria destas), analisando esta relação do indivíduo com a sociedade como exteriores um ao outro.

A Psicologia Social, apesar de apresentar maior força a partir do século XIX, vem se organizando desde Wundt, nos primórdios da psicologia (*apud* GONÇALVES & BOCK, 2003). A divisão entre psicologia social e experimental, expressa a preocupação de Wundt em torno do estudo da mente humana expressa nas produções culturais, numa busca de características universais, desvalorizando a relação homem e sociedade. A partir daí, ele influenciara outras correntes, como o behaviorismo que enfatiza a naturalização do homem, analisando o comportamento de reação dos indivíduos à influência da estrutura social, que o influencia e não como constituinte do sujeito, numa pressão para a conformidade.

As teorias do comportamento social, a partir do século XX, preocupam-se também mais com fatores individuais que explicam a psicologia da sociedade, dividindo-se em organicistas, com grande influência de Darwin, ou psíquicas, com maior influência de Freud ou da Gestalt<sup>14</sup>.

Houve divisões também em teorias que explicavam estes comportamentos sociais como inatos ou adquiridos (GONÇALVES & BOCK, 2003).

A teoria das representações sociais, influenciada pelo pensamento da representação coletiva<sup>15</sup> de Durkheim, demonstrou uma tentativa de superação desta dicotomia indivíduo X sociedade, quando Moscovici considerou a representação social como uma forma de conhecimento socialmente elaborada, concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, ou seja, sujeitos constroem suas “teorias” sobre o mundo e, ao mesmo tempo, reforçam ou reconstroem, coletivamente, as idéias alterando a realidade social. As representações individuais implicam em concepções específicas, conferindo significados diversos, mas representando a vida mental comum, tornando o homem um ser social. As representações sociais individuais são ao mesmo tempo coletivas, mas o movimento das idéias na historicidade do sujeito não apresenta explicação clara na teoria (GONÇALVES & BOCK, 2003).

Finalmente, também influenciando a psicologia social, encontramos a proposta marxista, com o materialismo histórico e dialético, que acredita na possibilidade do sujeito mudar a realidade em constante movimento com sua historicidade, reconhecendo-se as “determinações históricas, as contradições sociais, o antagonismo de classes, as questões ideológicas, o processo de alienação” (GONÇALVES & BOCK, 2003: 81). No entanto, mais uma vez, consideramos Marx como dando muita ênfase à produção de bens e à luta de classes como força propulsora da história, destacando que o progresso histórico nasce do conflito e da luta (CAPRA, 1982).

---

<sup>14</sup> Freud, na psicanálise, é criticado neste debate por enfatizar a tensão entre indivíduo e sociedade como entidades independentes, enquanto que a Gestalt desenvolveu o conceito de campo psicológico, onde a experiência se apresenta como um campo de partes que estão em constante interação dinâmica, apresentando uma concepção holística dos fenômenos psicológicos. As características dos elementos estavam estreitamente associadas ao funcionamento do sistema, mas a análise dos elementos eram momentos necessários para o funcionamento do sistema a que pertencem (REY, 2003).

<sup>15</sup> O conceito de representação coletiva implica numa concepção estruturalista, na qual Durkheim busca estabelecer uma relação genética entre regras universais e o sistema de crenças. Na sociedade é que podemos apreender a noção de representação coletiva (DURKHEIM apud MOSCOVICI, 2003). Não existe regra que não seja acompanhada de um conjunto de representações determinado a explicá-la ou a justificá-la, mesmo sendo inconscientes. As representações impõem condutas e regras, na medida em que nascem dentro da sociedade. “Nunca seria exagerado repetir que tudo o que é social consiste de representações e, conseqüentemente, é produto de representações” (DURKHEIM apud MOSCOVICI, 2003).

Uma corrente da psicologia social, que foi influenciada por este pensamento e procurou, então, compreender este indivíduo ativo, social e histórico, em suas contradições e possibilidades de superação delas, foi a de Vygotsky, um forte representante desta posição, onde pela primeira vez aparecia, de forma clara e consistente, o caráter cultural da psique, compreendendo dialeticamente processos que tinham se representado como excludentes na história da psicologia, como a interação entre o social e o individual, dentre outros dualismos como cognição e emoção (REY, 2003).

Vigotsky (1993 apud REY, 2003) considera o significado como unidade analítica que interliga as diferentes funções psicológicas e destas com o corpo e a sociedade.

O significado é o princípio organizador do desenvolvimento da consciência, inseparável da palavra (mas não idêntico a esta), componente da linguagem e concentrador de riquezas do desenvolvimento social de um povo. Este significado é fenômeno intersubjetivo, portanto social e histórico, que se reverte em ideologia e funções psicológicas distintas. No entanto, para Rey (2003) ele enfatizou a interiorização, quando passou a considerar o significado como unidade da vida psíquica no desenvolvimento da consciência individual.

Rey (2003) trabalha com o conceito de Guattari de subjetividade social, onde a subjetividade é um fenômeno não apenas individual, mas um sistema complexo produzido de forma simultânea a nível individual e social, e o indivíduo é constituinte ao mesmo tempo em que é constituído pelas instâncias sociais. A constituição do indivíduo dentro da subjetividade social não é um processo que siga uma trajetória universal, mas diferenciado pelo modo relacional entre o indivíduo e o espaço social:

“A ação do indivíduo dentro de um contexto social não deixa uma marca imediata nesse contexto, mas é correspondida por inúmeras reações dos outros integrantes desse espaço social, pelas quais se preservam os processos de subjetivação característicos de cada espaço social, criando-se no interior desses espaços zonas de tensão, que podem atuar tanto como momentos de crescimento social e individual ou como momentos de repressão e constrangimento do desenvolvimento de ambos os espaços” (REY, 2003: 203).

“Os processos de subjetivação individual estão sempre articulados com os sistemas de relações sociais; portanto, têm um momento de expressão no nível individual, e um outro no nível social, ambos gerando conseqüências diferentes, que se integram em dois sistemas da própria tensão recíproca em que coexistem, que são a subjetividade social e a individual” e “a atuação dos sujeitos concretos é de forma simultânea individual e social, e a forma como suas ações se integram no sistema da subjetividade social não depende de suas intenções, mas das configurações sociais em que essas ações se inscrevem e dos sistemas de relações dentro dos quais cobram vida” (REY, 2003: 205 e 206).



Esta constituição dialética e complexa da subjetividade humana ocorre reciprocamente no individual e social, sem que um se dilua no outro, compreendidos numa dimensão processual permanente.

Esta subjetividade social é o resultado de processos de significação social e sentido pessoal que caracterizam todos os cenários de constituição da vida social. Para Rosaldo (1984) a tendência atual é trilhar estes caminhos que busquem apreender a experiência neste mundo de significados, imagens e ligações sociais, onde o sujeito é valorizado neste envolvimento social contínuo, ao invés de se buscar uma essência interna, desvalorizando o mundo social, como fazem algumas teorias psicológicas.

Geertz (1973 apud ROSALDO, 1984) considera estes significados sociais como fato público, onde o sujeito é envolvido por uma apreensão interpretativa contínua e transformação de modelos simbólicos recebidos da cultura.

O francês Marcel Mauss e o americano Mead (apud ROSALDO, 1984), neste processo de apreensão do significado, distinguem “me” de “I” (não como dicotômicos) para clarear a diferença no papel da pessoa social (me) que é caracterizada por idéias sobre o corpo, alma ou papéis e regras sociais e “I” (eu), seria a parte mais íntima e privada, o *self* (maneira individual de ser no mundo). Este “me ou pessoa social”, também chamada de “*persona*”<sup>16</sup> é formada pela máscara social, influenciada por papéis e regras num determinado contexto social e o “I ou *self*” é espontâneo, integrador e auto-regulador, formado por sentimentos genuínos do mundo subjetivo de cada um.

Sawaia (2002) considera que as questões individuais que envolvem o sujeito, como desejo e afetividade, devem estar incluídas nas questões sociais discutidas diante de relações de poder, economia e direitos sociais. Samuels (2002) considera que um sistema econômico injusto, desemprego, alienação no local de trabalho e padrões de mudança no emprego possuem efeitos psicologicamente debilitadores nas questões individuais de cada um, levando à ansiedade generalizada, o que necessitaria de uma visão integrativa psicologia e política na abordagem psicossocial do sujeito.

Este sujeito individual que aponta as necessidades do “eu”, apresentando sua motivação e questões emocionais envolvidas na gênese do seu sofrimento diante do mundo, lembra suas carências, mas também reforça o papel do sujeito como ser ativo no processo de transformação social.

---

<sup>16</sup> O termo “*persona*” para Jung refere-se à máscara usada pelos atores para indicar seu papel num drama, ou seja, seria um tipo de arquétipo (definido posteriormente) que indica a tendência psicológica do indivíduo ocultar

Seus sentimentos podem encontrar satisfação tanto por questões individuais quanto sociais, com sentimentos de alegria, prazer, piedade, culpa, lembrando que a dor também faz parte da vida humana, o qual, segundo Heller (1979, apud SAWAIA,2002), um sofrimento humano pode ser representado por uma dor mediada por injustiças sociais ( fome, opressão). Sawaia (2002) chama este sofrimento por perceber pessoas vivenciando desigualdades sociais, devido à negação imposta às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social, bem como de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto, de sofrimento ético-político. Este sofrimento abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma e qualifica-se pela maneira como somos tratados e tratamos o outro na intersubjetividade, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pela organização social.

Por outro lado, a capacidade de se satisfazer com a conquista da cidadania e da emancipação de si e do outro, ultrapassando a prática do individualismo e do corporativismo para abrir-se para a humanidade, é chamada de felicidade pública (SAWAIA,2002).

Arendt (1988 apud SAWAIA, 2002) compara esta felicidade pública com a compaixão, como um sentimento que nos faz voltar à ação social, adquirindo um caráter público e unificando os homens em torno de um projeto social. A felicidade pública e o sofrimento ético-político vêm negar a afetividade narcísica deste final de milênio.

Bourdieu (1998 apud SAWAIA, 2002) também ressalta a importância do conhecimento dos homens, seu cotidiano e sofrimento, combatendo, assim, a tecnocracia econômica.

Outro autor que também busca superar esta dicotomia Indivíduo X Sociedade é Morin (1994 apud MINAYO, 2001) quando escreve: “[nós] os seres humanos, dotados de linguagem, consciência e cultura, somos ao mesmo tempo sujeitos computantes e sujeitos com consciência, capazes de decisão, de escolhas, de criar estratégias e de inventar, por isso mesmo, absolutamente dependentes de todos os determinismos que nos permitem transcender a nós mesmos”. Morin (2002) também afirma que num holograma<sup>17</sup> o todo está na parte, assim como a parte está no todo, o que ressalta que “a totalidade de nosso patrimônio genético está contida no interior de cada célula do corpo”(p.65). A sociedade (entendida como um todo), então, estaria presente em nosso próprio interior, já que somos portadores de sua linguagem e cultura.

---

aquilo que ele de fato é, em favor daquilo que a sociedade julga que ele deve ser, ou seja uma individualidade fingida controlada pela expectativa social (PALMER, 2001).

<sup>17</sup> Imagem construída que, quando iluminada por um feixe de laser, parece estar misteriosamente suspensa no espaço tridimensional e qualquer parte iluminada por luz congruente proporciona uma imagem de todo o holograma. Ou seja, a informação do todo está contida em cada parte (DOSSEY, 1982).

Este autor se aproxima do pensamento holístico que é expresso em Wilber (2001), o qual refere esta dicotomia Indivíduo X Sociedade, como, independente de serem teorias sociais, antropológicas ou psicológicas, se resolvendo a questão da guerra entre a estrutura social e o sujeito ao comporem estes um todo holístico, onde as partes influenciam o todo tanto quanto o todo influencia as partes, comparadas a uma onda no oceano. Os sujeitos são, então, valorizados pela sua própria diversidade de ser parte nesta unidade do todo: Como todo hólón é um todo/parte e possui duas “tendências” ou duas “inclinações”, podemos dizer que ele tem que, ao mesmo tempo, “manter a sua totalidade e a sua partição” (p. 39). Um hólón deve manter sua totalidade, integrando suas partes, bem como sua identidade, autonomia e ação, juntamente com o ajustamento natural para ser parte de outra coisa. “Num sistema biológico ou social, cada hólón deve afirmar sua individualidade, a fim de manter a ordem estratificada do sistema, mas também deve submeter-se às exigências do todo a fim de tornar o sistema viável. Num sistema saudável – um indivíduo, uma sociedade ou um ecossistema – existe equilíbrio entre integração e auto-afirmação. Esse equilíbrio não é estático, mas consiste numa interação dinâmica entre duas tendências complementares, o que torna todo o sistema flexível e aberto à mudança” (CAPRA, 1982: 40).

Esta percepção holística assemelha-se ao pensamento oriental da filosofia do taoísmo, onde o *Yin* e o *Yang* são considerados como dois pólos, não como referentes a categorias totalmente diferentes, mas em constante interação dinâmica e complementar num único todo, ou seja, formando dualidades, mas não dualismos. O *Yin* refere-se a tudo o que é contração, recepção, conservação, sabedoria intuitiva, síntese, consciência ecológica, e o *Yang* refere-se à expansão, *agressão*, exigência, conhecimento racional e análise. Ambos não estão associados a valores morais, já que o bom não é associado a nenhum dos dois, mas ao equilíbrio dinâmico entre os dois e o mau, ao desequilíbrio (CAPRA, 1982). O todo/parte ou hólón, em sua capacidade de integração, seria representado pelo *Yin* e a capacidade de auto-afirmação seria o *Yang*. Estas tendências integrativas e auto-afirmativas são passíveis de conflitos e lutas, expressos pela superação de um destes estados sobre o outro, como por exemplo, auto-afirmação de alguns gerando poder e dominação sobre outros ou integração imposta anulando a autonomia dos sujeitos, padrões predominantes em nossa sociedade. Estas não são percebidas como necessariamente gerando conflitos, e sim com abertura flexível para estes conflitos, caminhando para uma tendência harmoniosa dinâmica nas relações sociais e ecológicas, diante de um contexto maior de cooperação.

Jung (*apud* CAPRA, 1982) inclui indivíduos, sistemas sociais e ecológicos, nesta concepção holística ou sistêmica, compondo uma mente coletiva diante de seu conceito de

inconsciente coletivo, onde os indivíduos influenciam e são influenciados, ao mesmo tempo, por este modelo coletivo de grupos de pessoas e culturas. Assim, a natureza humana abrange dimensões físicas e psicológicas integradas a manifestações sociais e culturais. “A humanidade surgiu através do próprio processo de criar cultura e necessita dessa cultura para a sua sobrevivência e ulterior evolução” (CAPRA, 1982: 292). A evolução humana progride, então, através da interação entre indivíduo e sociedade, natureza e cultura, mundo interno e externo.

Determinismo e liberdade, neste ponto de vista sistêmico, são conceitos relativos. “Na medida em que um sistema é autônomo em relação ao seu meio ambiente, ele é livre; na medida em que depender dele, através de interação contínua, sua atividade será modelada por influências ambientais. A relativa autonomia dos organismos geralmente aumenta com sua complexidade, e atinge o auge nos seres humanos” (CAPRA, 1982:263).

Este ponto de vista lembra conceitos das tradições místicas do oriente, onde o “eu” isolado é considerado ilusório, suscitando a transcendência do ego, conscientizando-nos que somos partes inseparáveis do cosmos em que estamos inseridos. Assim, se somos o universo, todas as nossas ações seriam livres, desde que não existiriam influências “externas” ao nosso “eu” (CAPRA, 1982).

Um organismo para manter a saúde, deveria então preservar sua autonomia individual, ao mesmo tempo em que deve estar integrado em harmonia com sistemas mais vastos, ou seja, deve procurar um equilíbrio entre suas tendências auto-afirmativas e integrativas, possibilitando uma coerência interna.

No capítulo seguinte iremos discutir melhor as propostas desta percepção holística para a transcendência desta questão de Indivíduo X Sociedade com sugestões para práticas na saúde coletiva no cuidado biopsicossocial.

## Capítulo 2 – REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO BIOPSISSOCIAL

### 2.1. DIMENSÃO PSICOSSOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Quando se acabou com tudo  
Espada e escudo/ forma e conteúdo...  
Quando não se tem mais nada,  
Não se perde nada: escudo ou espada  
Pode ser o que se for  
Livre de temor ( Nando Reis)

Iremos discutir neste item alguns artigos e teses que tratam do objeto da dimensão psicossocial, percebendo que questões a maioria acredita que se incluem nesta dimensão.

Um estudo de Franco (2002) sobre a relação médico-paciente no contexto do PSF, traz para reflexões como fato observável que a dimensão psicossocial não tem recebido a devida importância no atendimento médico. Este foi realizado em dez Unidades do Programa Saúde da Família em 3 municípios baianos. Este estudo abrangeu análise dos médicos do PSF na Bahia e Ceará, mas vamos observar a aplicação do instrumento observacional utilizado ao longo de 20 consultas clínicas conduzidas por dez médicos baianos. Este instrumento observacional continha 31 itens divididos em quatro linhas e quatro colunas. As linhas contemplavam os momentos da consulta: investigação e esclarecimento do problema, diagnóstico com definição do problema, problema-informação do diagnóstico para o paciente e formulação de um plano terapêutico. As colunas abrangeram a estrutura da consulta, a condução da relação médico-paciente, gestão clínica e investigação psicossocial, no que eram computados estatisticamente se eram completamente realizados estes procedimentos, parcialmente realizados ou não-realizados.

O estudo constatou que na maioria das consultas não se realiza uma investigação de questões psicossociais na anamnese, “evidenciando que a dimensão psicossocial do processo saúde-doença-cuidado não é devidamente explorada” (p.107), não sendo sequer considerada como importante no “restabelecimento e manutenção da condição de saúde do paciente, da família e da comunidade adscrita” (p. 108). Este estudo considera esta investigação psicossocial como abrangendo: medos e ansiedades do paciente com relação ao problema, reações da família e amigos, aspectos sócio-familiares da queixa, informação sobre os aspectos psicossociais do problema, significado destes aspectos na doença, discussão com o

paciente sobre a relação entre os aspectos somáticos e psicossociais, discussão do que vai ser feito sobre os aspectos psicossociais e estimulação do paciente no processo de cura. Outras questões que o estudo considera em outros itens do instrumento, acreditamos que deveriam também fazer parte da investigação psicossocial como, por exemplo: estabelecimento de clima seguro e relaxado, pois este é necessário para coletar as informações dentro de um maior vínculo de confiança; estimulação da participação do paciente na investigação da queixa, pois este não pode ser separadamente estimulado a participar do processo de cura sem estar participando na investigação de seu problema e procedimentos terapêuticos; abordagem do estilo de vida, pois não separamos problemas psicológicos de questões ligadas à infraestrutura sócio-econômica; e a prestação de informação sobre educação em saúde, já que vamos constatar que esta investigação necessita ser realizada num contexto de diálogo e autonomia de sujeitos, o qual também propicia as ações educativas em saúde. Além disso, gostaríamos que este estudo tivesse considerado melhor que aspectos psicossociais devem ser abordados na consulta médica.

Outro estudo que refere preocupações sobre a dimensão psicossocial em consultas médicas é o de Alves (2004) sobre educação em saúde no contexto clínico do PSF. Apesar de seu banco de dados para análise terem sido utilizados desta pesquisa de Franco (2002), ela enfocou nas características necessárias para o médico se inserir na participação educativa de um modelo dialógico. Esta descreve três grupos de médicos no processo de análise dos dados: uma maioria do modelo biomédico, onde a consulta restringe-se à queixa do paciente e a questões biológicas de exames e prescrição de medicamentos, onde os aspectos psicossociais seriam perguntas esporádicas, sem muita preocupação nesta escuta; em seguida viria um grupo de médicos que atendem por mais tempo, o que poderia facilitar uma maior escuta, mas utiliza o tempo para uma anamnese biológica extensa, incluindo outras questões que não só a queixa principal, mas também com abordagem superficial dos aspectos psicossociais, sem assimilação desta dimensão na condução da consulta; e o terceiro grupo apresenta uma escuta compromissada e melhor abordagem da dimensão psicossocial, de maneira assimilada na condução da consulta, integrando história de vida, sofrimentos e anseios, participação da família, entrelaçada no processo de educação em saúde e estímulo ao paciente para participação tanto no processo investigativo, quanto nas recomendações terapêuticas e no processo de cura. Por estar se referindo ao mesmo estudo, as conclusões sobre a abordagem da dimensão psicossocial são as mesmas.

Outro estudo considerável sobre preocupação com aspectos psicossociais é o de Jackson (1994) sobre tratamento de dor crônica. Ele observou a percepção dos pacientes sobre

a dor crônica, os quais eram acompanhados no local onde foi realizada a pesquisa etnográfica, ou seja, o Centro de tratamento de dor crônica em Nova Inglaterra (Commonwealth Pain Center – CPC), onde haviam diversos tratamentos como terapia física (exercícios, massagem, *hidroginástica*, ultrassom), terapias cognitivas (treinamento em relaxamento e biofeedback), serviço social, psicoterapia de grupo e tratamento psiquiátrico. Jackson (1994) entrevistou pacientes com dores como dor de cabeça, nas costas, no pescoço, no peito, no braço e dor abdominal. A pesquisa ocorreu entre fevereiro de 1986 até fevereiro de 1987, alcançando um total de 196 entrevistas de 136 pacientes (60 foram entrevistados duas vezes) com a preocupação de investigar “reestruturação cognitiva” nos pacientes.

Os pacientes se dividiam entre os que admitiam sofrer de dores causadas por problemas físicos (ex: resultado de um acidente de carro), com poucos incluindo elementos psicológicos, até os que admitiam ter problema mais psicológico, como depressão e “hábitos de dor”. Alguns viam sua doença como orgânica, de causa física (como artérias com alto teor de colesterol, causando problemas cardíacos) e outros, como de causa emocional (dor cardíaca causada por decepção amorosa).

A dor crônica é definida como uma dor contínua que perdeu sua função biológica de indicação “normal” de algo “anormal” no corpo - sintoma de alguma doença (BONICA, 1976 & BLACK, 1979 *apud* JACKSON, 1994) e cuja patologia não é totalmente clara, confundindo a noção do senso comum de doença e saúde. Sabe-se de sua ligação com os chamados fenômenos psicossomáticos; no entanto, muitos médicos ainda discordam das questões psicogênicas que a envolve.

A maioria dos pacientes do CPC aprendia a usar a mente para eliminar e controlar a dor e “seguir com sua vida” (treinamento de biofeedback, relaxamento ou exercícios de imaginação), conquistar seu corpo com aceitação, conhecimento e amor, ao invés de perceberem sua dor como algo vindo do corpo e influenciando suas mentes. Este contraste demonstra o dualismo cartesiano Mente X Corpo influenciando as crenças dos médicos e pacientes, considerando a dor como intrusa, invasora, à parte do *self*<sup>18</sup>, onde o corpo domina a mente (objetivação), em contradição com a dor como parte do *self*, identificando-se com ela, onde a mente domina o corpo (subjetivação).

Jackson (1994) demonstra com este estudo a separação que estamos criticando entre os médicos e pacientes sentirem a necessidade de perceber se a origem da doença está na mente

---

<sup>18</sup> Os pacientes tomam o corpo como objeto e o “*self*” como sujeito. Existem várias definições para “*self*”, mas na visão de Jung, este é um dos “arquétipos” que constituem nosso ser interior, que será melhor explicitado adiante (PALMER, 2001).

ou no corpo e, se os sintomas são identificados no corpo ou na mente. Este afirma que toda dor é uma experiência subjetiva e possui também um significado cultural que se manifesta no corpo físico, independente da dor ser localizada ou não no corpo (exemplo: a dor no tornozelo que alguém apresenta durante um jogo, mesmo que tenha sofrido lesão real, esta sentirá de forma diferente, caso tenha ganho ou perdido o jogo). A dor física também é permeada pelo significado pessoal e cultural, ou seja, qualquer dor sempre possui um significado “socialmente informado” (CSORDAS, 1993 *apud* JACKSON, 1994).

Kleinman (1988) sugere a integração dos aspectos fisiológicos, psicológicos e significados sociais como uma dinâmica dialética entre os processos corporais e as categorias culturais, entre a experiência e o significado. Os problemas psicossociais, para Kleinman (1988), podem variar no sofrimento de uma pessoa de acordo com o sintoma, desde questões no trabalho, desemprego, stress escolar, ou medo de abandono, como possível divórcio. Saunders (1991 *apud* CARVALHO, 2004) distribui a dor entre vários problemas psicossociais, desde a dor física (sensação de dor associada a lesão real); dor psíquica (medo da morte, do sofrimento, do desconhecido, tristeza, depressão, raiva, revolta, perdas, insegurança, incerteza, culpa, desespero); dor social, no sentido interpessoal e familiar (rejeição, abandono, mudança de papéis, dependência, inutilidade, isolamento, estigma); dor ligada ao sócio-econômico que ela chama de dor financeira (dificuldades, perdas); até a dor espiritual (busca de fé, de conforto espiritual, falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, culpas perante Deus).

No entanto, se o paciente chega a um médico com queixa de dor no peito, por exemplo, esta pode ser reduzida por ele a doenças como pneumonia, doença coronariana, com solicitação de exames e prescrição de medicamentos, sem, contudo este perceber se a dor está associada com algum problema psicossocial como, medo de morrer (algum parente próximo como um dos pais pode ter falecido por problema cardíaco), conflitos no emprego, problema sexual ou de relacionamento, crise financeira ou qualquer outro símbolo que esta dor possa estar significando para o paciente. O médico nem sempre escuta estas questões da doença na história de vida, não conseguindo atingir o problema na sua integralidade.

A integração biopsicossocial parte do pressuposto de que estas partes (bio+psico+social) estão interrelacionadas, por isso não podemos separá-las, ou melhor, elas compõem um todo holístico (todo/partes interconectados). No entanto, a maioria das profissões trabalham estas partes de maneira separada, como por exemplo, o médico, o odontólogo e o enfermeiro cuidam das questões biológicas, que poderíamos chamar de saúde biológica, o psicólogo cuida dos aspectos psicológicos, ou da saúde psicológica e o sociólogo



ou assistente social, dos aspectos sociais. Como acreditamos que a saúde não se divide desta forma, podemos sugerir que todos os profissionais de saúde cuidam da saúde em geral, mas com enfoque em aspectos biológicos ou psicossociais. É possível que a interdisciplinaridade e/ou a transdisciplinaridade transforme estas profissões ou suas práticas no futuro, mas, no momento, pode-se sugerir a inclusão de conhecimentos e olhares transdisciplinares na devida atuação prática do que está “delimitado” atualmente para cada área de conhecimentos específicos, apesar do respeito aos “limites” das demais profissões. Assim, o médico (profissão em questão nesta dissertação) necessita obter conhecimentos dos aspectos psicossociais das doenças e treinar este olhar transdisciplinar para melhor atendimento de seus pacientes, atendendo a doença de maneira biopsicossocial, mesmo não realizando práticas de determinadas profissões<sup>19</sup>. Isto inclui no currículo conteúdos de psicologia de forma transversal nas disciplinas, treinamento da escuta da narrativa da experiência e interpretação de significados, além de sociologia e antropologia (PAIM, 2000), dentre outros conhecimentos necessários para este olhar psicossocial ou psicossociocultural e espiritual, associado ao tratamento biológico das doenças.

A dimensão psicossocial inclui aspectos psicológicos e sócio-culturais, não só a determinação social das doenças e a aquisição de uma consciência sanitária (aspectos sócio-econômicos e ambientais), como vem se disseminando na prática da Saúde Coletiva. Esta dimensão deve estar integrada também aos aspectos psicológicos e relacionais na etiologia, manutenção e cura de doenças. Os aspectos sociais são muitas vezes reduzidos aos ambientais ou ao sócio-econômico (por serem mais concretos para visualização e mensuração), esquecendo-se das questões relacionais.

A área da Saúde Coletiva considera que, por exemplo, no caso da epidemiologia, o perfil epidemiológico (estado de saúde) de uma população é determinado também pelo modo de inserção ocupacional e econômica dos indivíduos na produção capitalista, situados em classes sociais a partir de uma renda que modela suas condições materiais e estilo de vida ou hábitos que, juntos, constituem seu modo de vida. Paim (1992) ressalta que os principais problemas de saúde da atualidade resultam da desigualdade destas condições materiais e de estilos de vida patogênicos. Mas estilo de vida (ou melhor, modo de vida) segundo Trad & Bastos (1998) remete também a questões comportamentais. Por isso, propomos a integração desta preocupação já existente com aspectos sócio-econômicos e ambientais, além dos

---

<sup>19</sup> O médico, mesmo com esta formação, só poderia atuar, por exemplo, em psicoterapia no caso de especializar-se para atendimento específico.

culturais, com aspectos psicológicos e relacionais, pois não podem estar separados, para não se cair em polaridades extremas.

Além disso, o atual estímulo ao empoderamento de grupos populacionais, ou à participação popular e comunitária, através das idéias de promoção à saúde e controle social com requisição dos direitos do povo, em que “Saúde é direito de todos e obrigação do Estado” (BRASIL, 1988) ressalta a participação popular como se fosse separada da participação individual de cada sujeito envolvido cumprindo com sua parte. Não queremos eximir o Estado de participação no cumprimento de suas responsabilidades, como se a saúde fosse responsabilidade unicamente pessoal, mas lembrar que pelo fato de incluirmos a preocupação com questões comportamentais, como por exemplo, nos estilos de vida (interação do macro social com o micro), esta participação popular remete também a relações psicossociais inscritas na relação cidadão-consigo mesmo, cidadão-cidadão e cidadão-Estado, além da participação grupal. O indivíduo ou sujeito, na percepção não-dicotômica de Indivíduo X Sociedade, envolve conjuntamente a sociedade, assim como a sociedade remete ao sujeito. E este processo conjunto remete, por sua vez, a um povo representado pelo Estado, que, apesar de historicamente vir atendendo aos apelos das classes hegemônicas, que se situam no poder no momento, deve funcionar como regulador paradoxal que integra uma sociedade única e plural, constituída por interesses e grupos diversos em contínuos debates, competições e negociações (SAMUELS, 2002). A participação popular envolve também a participação individual de cada sujeito na promoção da saúde, no tripé indivíduo-sociedade-Estado, propiciando aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde, cada qual fazendo sua parte, inclusive o Estado que os representa no papel de incentivo e proteção da saúde de seu povo. Este sujeito, diante de seu grupo ou “povo”, deve ser, então, capaz de identificar e realizar as suas aspirações, de satisfazer suas necessidades, e de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente sócio-político onde vive (CZERESNIA & FREITAS, 2003). Como então separar o psico do social?

Segundo a carta de Ottawa, em 1986, após a I Conferência Internacional em promoção da saúde, no Canadá “A saúde se cria e se vive na vida cotidiana, nos centros de ensino, de trabalho e de lazer. A saúde é o resultado que se dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar sua própria vida, e de assegurar que a sociedade em que se vive, ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde”. A saúde dependerá conjuntamente de ações individuais e sociais.

Após uma série de Conferências Internacionais, vemos atualmente avançando a promoção da saúde, ainda em processo de construção, em políticas públicas saudáveis no

projeto de cidades saudáveis e na responsabilidade internacional com: criação de ambientes favoráveis; equidade e desenvolvimento sustentável; respeito à biodiversidade; promoção de responsabilidade social e aumento da capacidade da comunidade para atuar neste campo; promoção de espaços saudáveis (escolas, ambientes de trabalho, etc.); estímulo à modificação de determinados valores, crenças e atitudes, favorecendo relações que permitam a produção e utilização destes ambientes saudáveis; e finalmente a construção de alianças, principalmente com os meios de comunicação (mídia), na formulação de políticas e programas que influenciem na saúde da população.

A contribuição da mídia deve ser, então, a construção da promoção da saúde e consciência do eu, apesar de muitas vezes acabar confundindo os estilos de vida com as ofertas mais recentes do universo das mercadorias, diante do atual individualismo pós-moderno, fluido e despedaçado nas redes de comunicação (FRIDMAN, 2000).

Touraine (apud FRIDMAN, 2000) afirma que esta imposição de necessidades, muitas vezes ocorre em nome da eficiência técnica e científica e mutila o sujeito, gerando uma tensão entre esta racionalização e a subjetivação com possibilidades dos indivíduos serem sujeitos ou meros consumidores. Esta subjetivação remete ao processo de identidade dos indivíduos na luta pela emancipação do sistema com uma possível conciliação através de movimentos sociais de defesa pessoal e cultural do sujeito em favor da liberdade.

No entanto, a “fragmentação da subjetividade contemporânea” é ainda reforçada pelo “medo ambiente”, cenário da vida atual, onde parece não haver suportes sólidos para a construção da identidade deste sujeito. Giddens (apud FRIDMAN, 2000) acredita que, mesmo diante desta modernidade, que impele à universalização com motivações plurais numa era de incertezas, os homens podem ser ativistas (confiança ativa) incluindo a valorização da autonomia com ação reflexiva, o que implicaria em relacionamentos pessoais baseados em uma “democracia das emoções”, resultando em uma “política gerativa”, onde os indivíduos e grupos fazem as coisas acontecerem em vez de esperar que lhes aconteçam.

O que chamamos então de dimensão psicossocial?

Infelizmente parece que não é tão simples assim designar o que engloba esta dimensão, já que, apesar de algumas pesquisas e autores referirem-se como se isto já fosse um consenso claro e explícito, na prática existe uma certa confusão. Esta dimensão psicossocial na prática da pesquisa em Saúde Coletiva aparece mais como questões sociais, no sentido de sócio-econômico-ambientais, e, às vezes culturais, já nas pesquisas da área psicológica se consideram mais as questões psicológicas e sociais, no sentido de relacionais, algumas poucas incluindo preocupação com a rede de acolhimento e apoio social na família e comunidade.

Em oito artigos pesquisados de revistas internacionais on-line que demonstravam a preocupação com aspectos psicossociais do adoecimento, ou seja, sobre esta dimensão psicossocial, podemos perceber que o assunto discutido nestas pesquisas era sobre as chamadas doenças “psicossomáticas”.

Um primeiro artigo mais próximo da preocupação de nossa pesquisa sobre “Revelação de problema psicossocial por pacientes na atenção primária à saúde” (ROBINSON & ROTER, 1999)<sup>20</sup> demonstra a preocupação de que, apesar de 26% dos pacientes da atenção primária (ou básica) apresentarem problemas mentais e 46% sofrerem de angústia psicológica, os pacientes reportam pouco sobre queixas psicológicas, nem percebendo estes problemas e apenas 24-56% destes problemas mentais são identificados pelos médicos. Os pacientes chegam ao médico, em sua grande maioria, com preocupações exclusivamente somáticas no início de suas consultas, mesmo os psicologicamente angustiados. No entanto, não se sabe com que frequência tais pacientes subsequentemente revelam problemas psicossociais aos seus médicos. O artigo revela ainda que os médicos sejam pouco preparados para perceberem e oferecerem atenção a estes problemas, e por isso, ofereceu-se um treinamento em habilidades de comunicação para determinado grupo de médicos participantes da pesquisa. A pesquisa tenta mensurar a frequência da revelação dos pacientes sobre estes problemas psicossociais, bem como os efeitos das averiguações psicossociais prévias por parte dos médicos que foram treinados. A partir de realização de questionários de saúde geral, ocorreram revelações de problemas psicossociais em 51% das consultas em geral e em 67% das consultas com averiguação prévia dos médicos treinados. As chances de revelação foram aumentadas pelo treinamento em averiguação prévia ( $p < 0.001$ ), pela maior familiaridade médico-paciente ( $p < 0.001$ ) e pela maior severidade da angústia psicossocial do paciente ( $p < 0.001$ ). Conclui-se sobre a importância dos médicos realizarem uma investigação prévia destes problemas, pois a maior parte dos pacientes psicologicamente angustiados, mesmo só trazendo queixas somáticas, acabará revelando problemas psicossociais. Concluem sugerindo que os médicos devem, então, adicionar perguntas às suas entrevistas clínicas sobre questões de estados de humor e emocionais, além de problemas interpessoais.

Nessa pesquisa, os problemas psicossociais considerados foram: depressão, ansiedade, pânico, preocupações, irritabilidade, stress, perdas (envolvendo relacionamentos importantes

---

<sup>20</sup> No original “*Psychosocial problem disclosure by primary care patients*”.

como casal, familiares, amigos íntimos, colegas de trabalho), tratamento para problemas de saúde mental, problemas interpessoais no trabalho e na família, saúde familiar.

Acreditamos no pressuposto de que toda e qualquer doença envolva aspectos biológicos e psicossociais integrados, ressaltando a importância do médico ter preparo para perceber e investigar estes aspectos psicossociais de maneira assimilada à consulta, acolhendo e encaminhando, trabalhando em conjunto com o psicólogo. Para tanto, se precisa organizar que aspectos psicossociais e como devem ser considerados na observação da anamnese médica. Iremos descrever melhor nossa pesquisa na parte metodológica.

Na pesquisa de artigos que nos esclarecessem que aspectos estariam envolvidos na dimensão psicossocial, como nosso estudo se preocupa, encontramos um artigo de Heatley & Sainsbury (2005), o qual discute questões gastroenterológicas e é intitulado “Fatores psicossociais na qualidade de vida de pacientes com doença inflamatória intestinal”<sup>21</sup>, que trata dos aspectos envolvidos no adoecimento, citados no questionário de 100 itens sobre avaliação da qualidade de vida dos seres humanos da OMS (whoqol group,1994). Estes foram resumidos para 24 itens da WHOQOL. Estes itens são: dor/desconforto, energia/fadiga, sono/repouso (domínio físico); espiritualidade, religião e crenças pessoais, sentimentos positivos e negativos, pensar (aprender, memória e concentração), auto estima e imagem corporal (domínio psíquico); mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho (nível de independência); relações pessoais, atividade sexual e suporte social (domínio social); (ambiente) ambiente físico (poluição, clima, ruído, trânsito), ambiente no lar, segurança física/proteção, recursos financeiros, cuidados de saúde/sociais (disponibilidade, qualidade), oportunidades de adquirir novas informações/habilidades, oportunidades de recreação e lazer, transporte. Podemos perceber que esta avaliação vislumbra as diversas dimensões que temos considerado no nosso estudo passando por aspectos biológicos, psicológicos (incluindo o espiritual) e sociais, envolvendo o relacional, ambiental e sócio-econômico.

Este artigo, apesar de mencionar os itens selecionados pela OMS (WHOQOL) que interferem na qualidade de vida em qualquer situação, especifica os fatores que interferem diretamente nesta doença citada, sejam estes gênero, raça, idade, status sócio-econômico, conhecimento e educação, questões emocionais como ansiedade e depressão, características de personalidade, administração de stress, auto imagem, sexualidade e relações sociais. Nesta pesquisa ressalta-se a preocupação com estes fatores psicossociais na qualidade de vida do

---

<sup>21</sup> No original “*Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease*”.

paciente pós-adoecimento, de forma a este conviver melhor com sua doença, não são citados os aspectos psicossociais envolvidos no adoecimento como um todo.

Identificamos mais seis artigos apenas para nos auxiliar no mapeamento ou meta-análise do que pensam os pesquisadores sobre o que seja a dimensão psicossocial, ou que aspectos psicossociais são ressaltados em dada investigação clínica, possivelmente por serem reconhecidos e/ou supostamente relevantes de acordo com o contexto estabelecido por cada doença pesquisada.

Em três artigos sobre câncer, por exemplo, podemos agrupar questões principais referidas nestes como psicossociais, como sendo: a aceitação da responsabilidade no adoecimento e cura, a forma de lidar com as emoções (principalmente tristeza, raiva, medo, ansiedade), grau de aceitação e informação sobre a doença e tratamento em questão, medo da morte, grau de esperança, o apoio social de amigos e familiares, inclusive para melhor qualidade de vida e capacidade para o trabalho, além da autonomia. Num primeiro artigo intitulado “Emoções, enfrentamento e necessidade de atendimento a famílias de crianças com câncer: um modelo de abordagem psicossocial”<sup>22</sup> de Last e Grootenhuis (1998), eles enfatizam, além das questões já colocadas como, autonomia, raiva, medo, culpa, ansiedade, depressão, esperança, responsabilidade e apoio social da família, também ressaltam a sensação de desespero, frustração e solidão, como situações que devem fazer parte das preocupações do modelo de acolhimento psicossocial. O outro artigo de Arora, Jonhson, Gustafson, McTavish, Hawkins e Pingree (2002) sobre “Obstáculos de acesso à informação, competência em saúde e consequências psicossociais: modelo de intervenção numa amostra com câncer de mama”<sup>23</sup>, apresenta a associação entre falta de informação sobre o câncer de mama e redução na competência para cuidar da própria saúde, atrapalhando a melhora ou cura desta doença. Este estudo enfatiza a educação em saúde, mencionando também estas emoções, como tristeza, raiva, desespero, ansiedade, esperança, como fazendo parte destes aspectos psicossociais a serem considerados num tratamento médico, além de incluir o medo da morte, grau de aceitação da enfermidade e questões de qualidade de vida como capacidade de trabalho, associadas ao processo de pouca informação sobre a doença influenciando na redução da competência para cuidar de sua saúde, gerando conseqüências na piora da doença. Emoções como ansiedade, raiva, medo, tristeza, também são referidas no artigo de Vos, Visser, Garsen, Duivenvoorden e De Haes (2005) sobre “Efeitos de intervenção psicossocial

---

<sup>22</sup> No original “Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: a model for psychosocial care”.

postergada versus intervenção psicossocial precoce em mulheres em estágio inicial de câncer de mama”<sup>24</sup>. A conclusão principal deste estudo é que as mulheres que iniciaram sua intervenção psicológica mais precocemente encontravam-se menos angustiadas, em acompanhamentos de 6 meses, do que mulheres que se encontravam na condição de psicoterapia postergada. Imagem Corporal, funcionamento Sexual, lazer e interações sociais foram também observados em escalas comparativas dentre estes dois grupos, os de intervenção psicossocial precoce (até 4 meses após o diagnóstico ou cirurgia de câncer de mama) ou postergada. Conclui-se, então, que o aconselhamento psicossocial ou psicoterapia, necessita ser agilizado o mais rapidamente possível para apresentarem melhor eficiência e eficácia no tratamento do câncer.

Um outro artigo sobre “Atendimento médico e psicossocial preferencial em pacientes infectados por HIV”<sup>25</sup> de Albus, Schmeiber, Salzberger e Fätkenheuer (2005) aborda a questão de aspectos médicos, como poucos sintomas manifestados da doença e efeitos colaterais negativos dos medicamentos, e aspectos psicossociais, como idade mais jovem, desordens psiquiátricas (por uso de drogas e depressão), classe econômica baixa, pouco suporte social, problemas de relacionamento e de informação sobre a doença, como interferindo na adesão ao tratamento e conseqüente avanço da doença.

Outros dois artigos que tratam de doenças crônicas e obesidade em crianças, “Aconselhando crianças com enfermidades físicas crônicas”<sup>26</sup> de Chesson, Chisholm e Zaw (2004) e o de Bosch, Stradmeijer e Seidell (2004), “Características psicossociais de crianças/jovens obesos e suas famílias: implicações para intervenções preventivas e curativas”<sup>27</sup>, também destacam a influência de aspectos psicossociais sobre as doenças. O primeiro examina as necessidades de crianças com enfermidades físicas crônicas (asma, diabetes, epilepsia, fibrose cística) e discute de que forma suas necessidades podem ser atendidas através do aconselhamento. As questões envolvidas no aconselhamento destas crianças são definidas, e as necessidades especiais relacionadas às questões psicossociais são discutidas. Citam a crença de que psique e soma são partes integradas do ser, de tal forma que raramente um destes apresenta anormalidade sem a participação do outro. As questões

---

<sup>23</sup> No original “Barriers to information access, perceived health competence and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample”.

<sup>24</sup> No original “Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer”.

<sup>25</sup> No original “Preferences regarding medical and psychosocial support in HIV- infected patients”.

<sup>26</sup> No original “Counseling children with chronic physical illness”.

<sup>27</sup> No original “Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions”.

psicossociais consideradas neste artigo são emoções, como o medo, culpa, vergonha, depressão, ansiedade, além de conflitos familiares, auto imagem, solidão, sexualidade, pessimismo, desordens alimentares. O segundo destes dois artigos vem contribuir com aspectos psicossociais que influenciam na obesidade, como raiva, ansiedade, rejeição, interações negativas, qualidade no envolvimento emocional, repressão de emoções, questões educacionais, auto-estima, imagem corporal, padrões de alimentação e exercícios físicos. Este artigo sobre obesidade, por exemplo, apresenta um tratamento conjugado de ações curativas e preventivas, onde considera importante a mudança comportamental, além da dieta mais saudável e exercícios físicos, aliada a questões educativas e preventivas.

Em todos estes artigos percebemos a valorização e inclusão de aspectos psicossociais enfatizados como psico-relacionais, não referindo tanto os aspectos contribuintes do chamado grupo dos determinantes sociais do adoecimento, que englobam também os aspectos sócio-econômicos e ambientais. Estes aspectos estão entre alimentação, habitação e saneamento ambiental, oportunidades de educação, condições no trabalho, emprego e renda, acesso aos serviços de saúde (disponibilidade e qualidade), sistemas externos de apoio social na comunidade, transporte, lazer e segurança. Isto se deve, possivelmente, porque as pesquisas citadas apresentam-se numa ótica mais psicológica, o que implica em algumas situações psicológico-emocionais enfatizadas com relação às preocupações sócio-econômicas e político-ambientais.

Além disso, estes aspectos psico-emocionais e relacionais ainda estão conquistando reconhecimento na participação das doenças, muito mais citados nas pesquisas quando se trata da adesão ao tratamento e qualidade de vida no pós-adoecimento do que também participando no processo inicial e mantenedor do adoecimento. As questões sociais ligadas à alimentação foram citadas apenas nos artigos sobre diabetes e obesidade, devido às preocupações alimentares que giram em torno destas doenças. O status sócio-econômico aparece no artigo sobre qualidade de vida em inflamação do intestino e no que trata sobre pacientes infectados por HIV, este último por se referir a classes menos favorecidas economicamente. Capacidade de trabalho preocupa a pesquisa sobre a associação entre obstáculos na informação e competência em cuidar da saúde no câncer de mama, sem, no entanto, referir a adaptação das condições encontradas no trabalho às condições de quem chega com câncer para trabalhar. Já a questão da educação em saúde tem sido muito discutida na atualidade e foi referida em quatro destes artigos.



Outros aspectos como habitação, saneamento ambiental, acesso aos serviços de saúde (disponibilidade e qualidade), transporte e segurança não foram citados em nenhum dos artigos em questão.

Não é necessário citar em todas estas pesquisas que se refiram a esta dimensão psicossocial, todas estas questões que estamos considerando, mas chama-nos a atenção o fato dos aspectos sócio-econômicos, assim como os culturais, nem sempre estarem integrados aos fatores psicológicos e relacionais na maioria das pesquisas realizadas. As doenças citadas, como câncer, aids, obesidade, asma, diabetes, epilepsia e fibrose cística, são muitas vezes examinadas na ótica psicológica e pouco analisadas na abordagem biopsicossocial, que integra todas estas questões.

Ainda assim, se fôssemos integrar todas estas questões de modo a agrupar o que envolve a dimensão psicossocial, citaríamos: autonomia, competência emocional (intrapessoal e interpessoal), relacionamentos (trabalho, família, casamento, comunidade), prazer, sexualidade, auto estima, administração de stress, tipos e características de personalidade, padrão de resolução de conflitos, objetivos de vida, crenças e valores, estilo de vida (integrando condições materiais com hábitos que compõem o modo de vida), exercícios físicos, alimentação (incluindo hábitos alimentares), habitação, saneamento ambiental, informações sobre a doença referida e oportunidades de educação, condições no trabalho (integrando com capacidade de trabalho e outras atividades do cotidiano), emprego e renda, acesso aos serviços de saúde e sistemas externos de apoio social na comunidade, lazer e segurança.

Concluindo, acreditamos que a dimensão psicossocial engloba todas estas questões, que devem ser investigadas no atendimento médico ao paciente e nas pesquisas em geral, mas nem todas estarão citadas no atendimento a qualquer doença ou em qualquer pesquisa, por serem focalizadas a depender de aspectos como: o profissional que as abordam irá observar a faceta que mais lhe preocupa, ou seja, quem olha (o olhar específico de cada profissão irá variar no foco, por mais que se inclua o interdisciplinar); a situação olhada ou contexto da investigação e o contexto da experiência vivida pelo doente. No caso do médico, por exemplo, vai variar de acordo com a própria doença em questão, que já remete a algumas questões e não a outras.

Como integrar estes aspectos psicossociais com a dimensão biológica no atendimento médico? Como os médicos podem se sensibilizar para obter o olhar que inclui a percepção destes aspectos no seu atendimento? Que questões constituiriam uma investigação psicossocial numa consulta médica? Como seriam colocadas estas questões de forma a

possibilitar um melhor escuta? Como reforçar o vínculo num clima propiciador para inclusão desta investigação? São questões que tentaremos analisar na parte metodológica desta dissertação. Mas, antes, refletiremos sobre sugestões que envolvem o cuidado biopsicossocial na concepção holística.

## **2.2. SUGESTÕES PARA RESOLUBILIDADE NO CUIDADO BIOPSIKOSSOCIAL**

A visão holística ou sistêmica que adotamos transcende as atuais fronteiras disciplinares e conceituais, baseando-se na consciência do estado de interdependência e interconexão essencial de todos os fenômenos, sejam estes biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais (LASZLO, 1999). Assim, acreditamos que nenhuma teoria ou modelo deva ser mais fundamental do que outro, ultrapassando as distinções disciplinares convencionais, e nenhuma instituição social deva ser superior ou mais importante do que qualquer outra, onde todas estarão conscientes umas das outras, comunicando-se e cooperando entre si. O mundo é percebido, então, como totalidades integradas em relações.

Estas relações são, em sua maioria, segundo estudos de ecossistemas de organismos vivos, cooperativas. Entre combinações de competição e mútua dependência, o contexto mais amplo é sempre de cooperação. O crescimento de um tipo em detrimento de outro causa desequilíbrio no sistema e o que existe são níveis de complexidade que vão depender da atenção de um observador. Ou seja, os padrões observados da matéria são reflexos de padrões da mente (CAPRA, 1982). Com esta afirmação percebe-se que não podemos mais separar a matéria da mente, reforçando a idéia de um modelo de assistência à saúde que “olhe” biopsicossocialmente ou integre todos estes aspectos. Neste novo modelo biopsicossocial, deveríamos nos abrir para outras racionalidades que integram estes aspectos, somando técnicas orientais e ocidentais. Ou seja, Homeopatia, medicina chinesa, medicina ayurvédica, entre outras, seriam estudadas com maior respeito nos cursos de medicina do Ocidente, inclusive também para perceber os aspectos que podem contribuir com a biomedicina que salva vidas, mas não tem atentado em melhorar a nossa qualidade de vida.

O diagnóstico chinês tradicional, por exemplo, é construído conjuntamente com o paciente, na escuta de seu modo de vida, considerando-o como caso único, sem preocupar-se tanto com uma classificação precisa, obtendo dados qualitativos através da utilização do tato, ouvido e visão, além da estreita interação entre médico e paciente. Estimula-se, então, no

tratamento, o retorno natural do organismo ao estado de equilíbrio e modifica-se o que for necessário de acordo com as respostas do paciente. Os médicos chineses acreditam que tratam o organismo como um todo dinâmico. Capra (1982) considera que o diagnóstico chinês é holístico, mas não desenvolve muito no tratamento as possibilidades de mudança com relação a aspectos psicológicos e sociais. Apesar da preocupação, na anamnese, com influências ambientais, condições de trabalho, relações familiares e problemas emocionais, os médicos chineses esquecem de lidar com todas estas informações no plano terapêutico, demonstrando principalmente uma dificuldade em afetar questões ligadas à situação social do paciente, ou seja, possuem a crença de adequação às regras para manutenção da ordem social vigente (devido à forte influência do confucionismo).

O modelo chinês inspirou o modelo japonês, que, combinando técnicas orientais e ocidentais, com grande valorização da experiência subjetiva, constitui atualmente um exemplo de modelo eficiente de assistência médica (CAPRA, 1982). Se equilibrássemos este modelo do leste asiático com nossa tradição hipocrática, poderíamos inclusive integrar medidas psicológicas e sociais, estimulando assim a importância da psicoterapia e mudanças profundas pessoais e comportamentais, juntamente com mudanças na atual estrutura sócio-econômica.

Este novo modelo de assistência à saúde, que é sugerido por Capra (1982), incluiria então amenizar situações estressantes da estrutura sócio-econômica com ações coletivas e responsabilidade individual integradas. Afinal, como estamos envolvidos em interação dinâmica num todo holístico, a saúde individual seria uma ilusão e os esforços para manutenção da saúde devem ser interligados individual e coletivamente (DOSSEY, 1982), onde o Estado participaria garantindo políticas que protegessem a saúde de seus cidadãos.

Profissionais de saúde, como médicos ou enfermeiros, participariam deste processo com tratamentos e ações educativas em saúde nas contribuições do seu aprendizado específico, onde a prioridade seria o estímulo à autocura. Para isso, os sujeitos envolvidos na proposta de autocura teriam que admitir sua responsabilidade, bem como sua participação emocional e comportamental (consciente e inconsciente) tanto na constituição de doenças como na manutenção da saúde e retorno ao equilíbrio, não tomando essa idéia como julgamento moral e culpabilização (CAPRA, 1982). No contexto da abordagem biopsicossocial, nossa participação no desenvolvimento de uma doença significa que “fazemos certas escolhas para nos expormos a situações estressantes e, além disso, para reagirmos a esses estresses de determinadas maneiras”(CAPRA, 1982). Claro que nossa responsabilidade envolve participação social em mudanças no sistema vigente adoecedor e é influenciada pelo nosso

condicionamento sócio-cultural, que muitas vezes envolve questões inconscientes, mas não nos tira a responsabilidade parcial (relativa) na contribuição do nosso adoecimento.

Toda essa mudança no Sistema de Saúde, inclusive na educação médica, deve vir acompanhada do fortalecimento do SUS, no caso do Brasil, impedindo a dominação de interesses das grandes empresas nos seguros de saúde, implementando uma política apropriada e orientando a população em sua liberdade de escolha a fazer o que for mais adequado.

A nova psicologia integraria as diversas correntes como pontos de vista diferentes na unicidade, apesar das diferenças nas concepções de adoecimento, percebendo o organismo como um sistema dinâmico que envolve padrões físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais de maneira interdependente. Como exemplo de construção de um corpo teórico para uma psicologia mais inteira e aberta na abordagem biopsicossocial, estamos trazendo as contribuições de Jung (um dos primeiros a mencionar esta visão na psicologia) e Wilber (psicólogo transpessoal da atualidade).

Jung estava em contato direto com eminentes físicos da época e situou o fato que está acontecendo atualmente da psicologia integrar-se à física nuclear, sem ser reducionista, estimulando a percepção da psique como algo que não fosse totalmente diferente da matéria, caso contrário esta não poderia movimentá-la, e a matéria não seria alheia à psique, já que existiriam no mesmo mundo. A teoria freudiana também traz suas contribuições, apesar de seguir a física clássica e mecanicista, baseando-se no organismo como uma complexa máquina biológica, onde a vida mental reflete a interação de forças instintivas no interior do corpo e seus choques com o mundo externo. Jung discordou deste ponto dicotômico, avançando em estudos da psique como uma totalidade de um sistema dinâmico (incluindo aspectos sócio-culturais), auto-reguladora, com caráter compensador de flutuações entre pólos opostos, onde a libido para ele seria uma “energia psíquica” geral como parte integrante da “energia vital” (CAPRA, 1982).

Jung considerou a origem variável dos conteúdos inconscientes, associando-o tanto ao cenário da vida atual do sujeito quanto à sua condição histórica, social e cultural (REY, 2003). Ele subentende um vínculo entre o indivíduo e a sociedade de tal forma que engloba o cosmos inteiro, onde traz o conceito de inconsciente coletivo como esta mente coletiva que integra a humanidade. Contribui também com o conceito de “arquetipos” como padrões dinâmicos, estruturas profundas e formas destituídas de conteúdo “herdadas” coletivamente e constituídas desde as experiências remotas da humanidade, representando a possibilidade de um certo tipo de percepção e ação, predisposições estruturais inatas que são princípios ordenados, mas sem

conteúdos específicos e encontrados nos sonhos das pessoas, mitos e contos de fada no mundo inteiro. Estes arquétipos são padrões universais envolvidos numa teia de relações, mas relativamente distintos no sentido pessoal e histórico, onde cada arquétipo envolve todos os outros (CAPRA, 1982). Palmer (2001) nos chama a atenção para uma citação de Jung onde considera os arquétipos como “organizadores inconscientes das nossas idéias” (JUNG, 1951). Wilber (2001) não associa os arquétipos apenas a imagens arcaicas, mas como as primeiras formas de involução e as últimas de evolução, onde todas as outras formas se apoiariam nestas arqueformas, formas profundas de nossos potenciais que funcionariam no limiar do sem-forma ou não-dual, da fonte inesgotável e infinita de onde viemos e para onde vamos.

Dentre alguns arquétipos que foram considerados por Jung (self, persona, animus, anima, grande mãe, velho sábio, criança interna, sombra) iremos descrever apenas aqueles mais necessários para esclarecermos sobre o que pensava ele sobre as doenças. A Persona, a qual já foi considerada em nota anterior, é a tendência psicológica do indivíduo ocultar aquilo que ele de fato é, em favor daquilo que a sociedade julga que ele deve ser, ou seja uma individualidade fingida e controlada pela expectativa social (PALMER, 2001). A Sombra é aquilo que se deseja ocultar e não ter na consciência, acreditando deixar-se de lado, ela representa, então, o que não se aceita ou não é percebido. O Ego se encontraria em polaridade oposta como o que representa o que se percebe e se acredita que é. Jung complementa seu pensamento com o conceito de Self como sendo um dinâmico componente estrutural da psique que opera segundo o princípio dos opostos, buscando o equilíbrio entre consciência e inconsciente com a meta de integralidade, para não se desorganizar em neurose, psicose ou sintomas orgânicos (RAMOS, 2006).

Estes arquétipos, inclusive o Self, possuem padrões que integram mente e corpo, se expressando na consciência através de imagens simbólicas arquetípicas. O arquétipo seria como uma luz ultravioleta (integração da luz vermelha e azul), onde a luz vermelha representaria instintos corporais (representados em impressões sinestésicas), e a azul representaria a consciência. (representações abstratas). O arquétipo integra aspectos mentais e corporais, transcendendo o corpo e a mente, onde seu dinamismo fisiológico chega à consciência como imagens simbólicas, ou seja, estes símbolos envolvem integração de corpo e mente. Além disso, Jung traz o conceito de “complexo” como uma constelação de idéias autônomas e inconscientes, apresentando padrões de imagens e sensações ligados a determinado arquétipo, incluindo aspectos a nível fisiológico e psicológico (RAMOS, 2006).

Estes complexos (paterno, materno, de inferioridade, de poder) constituem idéias e emoções ligadas a aspectos corporais que são desequilibrados ao nível compensatório da

psique e não evoluem nem acessam à consciência, sendo compostos de uma parte do inconsciente pessoal (a casca) e uma parte do inconsciente coletivo (o núcleo arquetípico). Eles podem bloquear aspectos da personalidade e transformarem-se inclusive em sintomas de doenças. A experiência de vida e reação pessoal vai determinar a relação do complexo com a imagem arquetípica, tornando-o saudável ou mórbido. Os símbolos ligados a este devem ser integrados à consciência, a fim de não se transformarem em sintomas psíquicos e/ou orgânicos, que, no caso da sintomatologia mais orgânica envolveria símbolos pré-verbais, cindindo impressões sinestésicas da vida fantasiosa. Sintomas aparentemente patológicos, materializados em via mais psíquica ou mais orgânica, podem ser questões que o indivíduo tenta evitar no processo de integração da personalidade, inclusive para esclarecer estes “complexos” que devem ser integrados na psique. “O sintoma-símbolo compensa o ‘erro’ e aponta sincronicamente a ‘correção’ a ser feita, isto é, o conteúdo inconsciente que precisa ser integrado à consciência” (RAMOS, 2006, p. 77). Estas idéias de Jung não ressaltam apenas o psicológico no adoecimento, pois seus conceitos procuram manter uma integração contínua entre a mente e o corpo, o individual e o coletivo, o mundo interno e o externo. A doença aconteceria envolvendo este processo integrativo tanto nas doenças mentais como nas consideradas orgânicas. Esta visão integrativa corpo e mente junguiana se estende ao processo de origem, desenvolvimento e cura de doenças. Assim, a saúde de uma pessoa implicaria na integração entre polaridades, como persona-ego-sombra, com aceitação e elaboração da sombra na consciência, buscando um processo de realização pessoal, ou “individuação”, que seria liderado pelo self ou si mesmo (MEIRA & VALLE, 2003).

A meta de nossa vida, no processo de equilíbrio da psique ou busca da individualidade integrativa, encontra no self seu fator orientador interno, componente inato e propensão de todos, um centro ou ponto central no interior da psique, que pode ser representado, por exemplo, pelo centro de uma mandala e que exige a aceitação da sombra, transcendendo o ego e buscando a iluminação, a meta maior de nossa vida no sentido de espiritualidade, nos ligando a esta sensação de integração coletiva ou cosmos (PALMER, 2001). Para Jung torna-se importante resolver os conflitos inconscientes à nível arquetípico coletivo, caso contrário, não se acessa o núcleo básico dos problemas, seu significado mitológico maior, o manancial de renovação, a fim de restaurar ou recanalizar essa energia (WHITMONT, 1969).

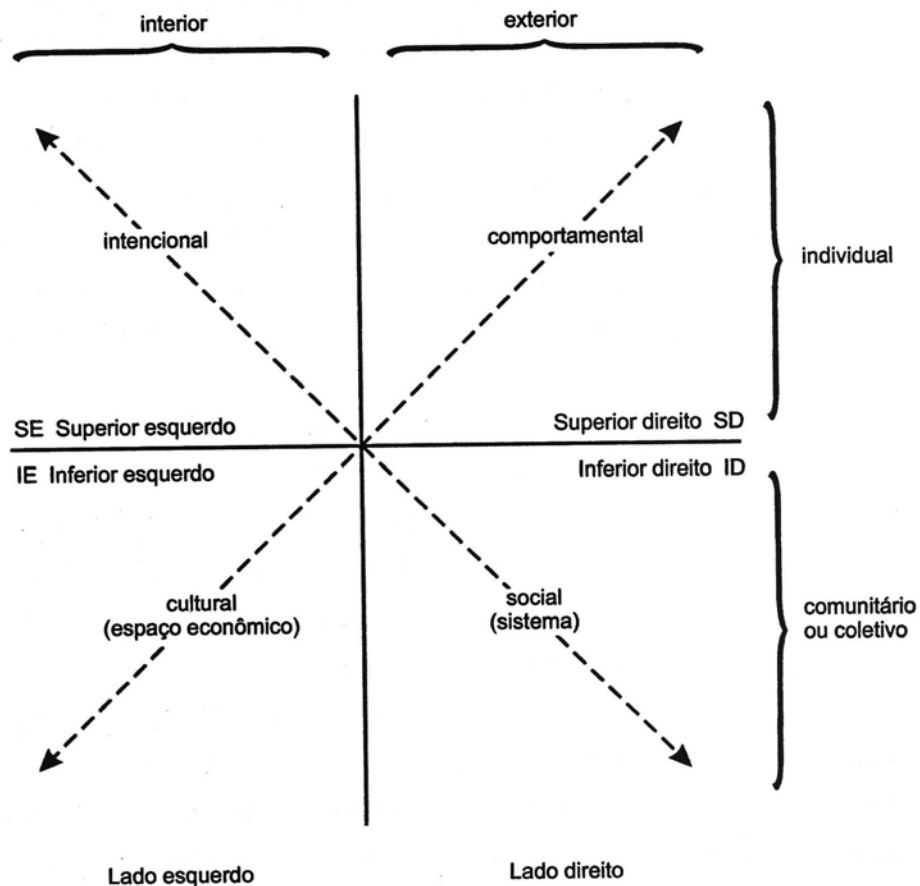
Samuels (2002) considera este processo de crescimento evolucionar como envolvendo uma viagem em duas direções ao mesmo tempo: a jornada interna, de autoconhecimento no processo de individuação, e externa, de participação social. Ele coloca a questão da importância de buscarmos uma quietude e sabedoria interior, para crescimento pessoal e

espiritual, juntamente com a participação social nos movimentos de cidadania para transformações políticas. Vasconcelos (2006) acrescenta que as fases de interiorização no processo de individuação não implica cair no escapismo, individualismo cultural ou aceitação passiva da realidade social de opressão. Na verdade, este processo abrange experiências subjetivas pessoais com interação necessária com os outros e participação nas lutas por transformação social.

Complementando este pensamento com o de Wilber (2001), psicólogo holístico da atualidade, este busca um modelo integrativo onde é respeitada a contribuição das diversas correntes psicológicas existentes juntamente com teorias biológicas, sociológicas e antropológicas. Ele coloca que o psicólogo ou psicoterapeuta deve estar apto a integrar essas escolas, numa estrutura coerente em suas diversas linguagens e focos de estudo em complementaridade, para interpretar toda a gama de fenômenos encontrados no processo terapêutico. Afinal, diferentes pacientes exibirão diferentes sintomas que requererão diferentes terminologias.

A partir deste pensamento, Wilber (2001) construiu uma imagem representativa destas questões psicológicas, fisiológicas, sociais e culturais, na busca de uma abordagem biopsicossocial, agrupando-as em quatro quadrantes e ultrapassando as distinções disciplinares convencionais. Estes quatro quadrantes compõem um todo único, agrupando todos os seres vivos em seus diversos aspectos, representados da seguinte forma: tudo que se refere à parte biológica, visível e mensurável, se encontraria representada no quadrante direito e o que se refere, no caso específico do ser humano, à sua consciência não visível nem mensurável, no quadrante esquerdo. O que se refere ao individual estaria representado nos quadrantes superiores e o que se refere ao grupo social envolvido, comunidade ou sociedade, se representaria nos quadrantes inferiores. Assim, estes quadrantes representariam o interior e o exterior do indivíduo e do coletivo. O hólón individual estaria representado no quadrante superior direito, em seus aspectos externos, fisiológicos e biológicos, ou seja, na forma que ele demonstra quando visto de fora, objetivamente e empiricamente. Assim, desde os átomos, células, crescendo externamente em complexidade até o neocórtex completo no homem, estariam os hólons, ou todo-parte, agrupados hierarquicamente do menor para o maior, neste quadrante. A genética, biologia, medicina do modelo biomédico estariam representadas nesta instância. No quadrante superior esquerdo estariam representados os aspectos internos e formas de consciência, psicológicos, no caso do homem, toda a sua consciência interior e subjetiva, dividida também em expressões menos complexas que podem ser encontradas em outros seres vivos, desde a menor profundidade interior até a mais alta complexidade, ou seja,

apreensão nos átomos, sensações nas plantas; percepções, impulsos e emoções nos animais; imagens e símbolos nos primatas, até a estrutura humana complexa, envolvendo linguagem, formação de conceitos mentais e capacidade lógica abstrata. O Coletivo, ou seja, hólons individuais agrupados com hólons de profundidade similar, estariam representados nos quadrantes inferiores. O Inferior direito estariam os aspectos externos comunitários, a sociedade com suas instituições e estrutura econômica, códigos escritos, formas arquitetônicas e tamanho demográfico, vista de fora de forma objetiva, ou seja, o que chamamos de aspectos sociais que podem ser mensuráveis de acordo com técnicas específicas; e o cultural estaria representado no quadrante inferior esquerdo, com seus significados, valores e identidades compartilhados interiormente por aqueles de comunidade similar, independente do tipo e tamanho de agrupamento. Podemos compreender melhor estes quatro quadrantes observando o gráfico abaixo:





Wilber (2001) considera, no caso dos hólons humanos, que a cosmovisão coletiva compartilhada neste aspecto cultural estaria representada no quadrante inferior esquerdo; e a base material dessa cosmovisão, o aspecto social, estaria representada no quadrante inferior direito. Exemplos do cultural seriam as cosmovisões discutidas anteriormente, pelas quais passou a humanidade avançando em complexidade, ou seja, arcaica, mágica, mítica, racional e existencial e, exemplos do social seriam as bases técnico-econômicas, sejam estas, forrageira, horticultural, agrária, industrial e informatizada, dentro de estruturas geopolíticas como aldeias, tribos, estados, nações, repúblicas federativas, etc.

Para ilustrar seu modelo integrativo, Wilber (2001) oferece o seguinte exemplo: Se alguém tem a idéia de ir ao mercado, esta idéia individual situa-se no quadrante superior esquerdo; os comportamentos observáveis do cérebro desta pessoa ao se gerar a idéia, como o aumento de dopamina, sinapses e aumento de ondas cerebrais beta, situam-se no quadrante superior direito. A idéia em si só faz sentido em termos da bagagem cultural da pessoa, ou seja, a base cultural que estrutura e contextualiza as idéias individuais com determinado significado dentro de uma linguagem específica. Esta comunidade cultural a que se pertence como base intrínseca para as idéias individuais, da qual não se pode fugir totalmente e sem a qual esta pessoa não teria desenvolvido suas idéias, está situada no quadrante inferior esquerdo. Finalmente, os componentes materiais desta cultura, tipo de tecnologia, instituição concreta, poder de produção, o código escrito, a localização geopolítica compõem este sistema social que se situa no quadrante inferior direito.

Um pensamento “supostamente individual” contém sempre estas quatro facetas: intencional, comportamental, cultural e social; e também o sistema social irá influenciar a cosmovisão cultural, que por sua vez modela limites para os pensamentos individuais que serão registrados na fisiologia cerebral. Assim ele consegue oferecer um modelo que não dicotomiza nem supervaloriza nenhum aspecto e depois discute diversos autores, entre biólogos, psicólogos comportamentais e estudiosos do inconsciente, antropólogos e sociólogos numa visão nunca antes tão holística e harmoniosa.

### **III - MÉTODOS, TÉCNICAS, ESTRATÉGIAS**

#### **1. INSTITUIÇÃO PESQUISADA E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O Brasil tem dado proeminência a organizações não-governamentais (ONGs) na gerência de recursos públicos devido a atual situação de valorização da economia informal (antes tida como alternativa) na tentativa de suprir a carência de emprego, por um lado, mas que gera, por outro lado, a retirada do Estado de suas obrigações sociais em proteção ao trabalhador (GOHN, 2000).

A atual história pela qual o país atravessa desvaloriza movimentos populares não-institucionalizados e estes movimentos, por não apresentarem a mesma força de antes, se institucionalizam em parceria com o poder público, o que lhes confere maior organização e autonomia de ação, ampliando sua capacidade de reivindicação, mas mantendo o Estado no controle destas ações. Mesmo assim, é possível que as organizações não-governamentais (ONG) apresentem um suporte ao Estado sem que seus organizadores abandonem totalmente suas ideologias (na maioria dos casos desvinculadas dos partidos políticos existentes), mas também não realizando embates polarizados, expressando parceria no interesse da cidadania e orientando comunidades carentes no controle social, sem fins lucrativos.

A questão financeira é um dos nódulos principais desta complexa relação com o Estado, já que necessitam do repasse de recursos públicos, tanto pela alta demanda a ser atendida quanto para não eximir o Estado de cumprir com seu papel (GOHN, 2000).

A organização não-governamental que mantém a instituição investigada (chamaremos sociedade H) conquistou esse repasse público através do convênio com o SUS há pouco tempo, mas mantém parceria principalmente com a Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (FBDC), a qual fornece material de consumo e humano (professores e alunos), no sentido de auxiliar na manutenção deste espaço de estágio nesta instituição, para seus diversos cursos de Medicina, Psicologia, Terapia ocupacional, Odontologia, Fisioterapia. A Unidade de saúde em questão se molda nos princípios do Programa Saúde da Família, mas questiona alguns pontos deste programa, o que iremos discutir mais adiante.

A Sociedade H tem como princípios básicos a integração do saber, o desenvolvimento do potencial humano, o desenvolvimento da compreensão transdisciplinar da vida, e, em especial, a noção que o ser humano é um ser transexistencial, evolutivo, cósmico. Ele pode desenvolver as suas qualidades básicas a partir de três movimentos chaves de expressão do ser, segundo Chardin (1978): uma centração (auto-conhecimento pessoal num processo contínuo de evolução espiritual), uma descentração (conhecimento e aproximação do outro com partilha de experiências para crescimento e integração numa totalidade maior - percepção da alteridade adequadamente entendida), além de uma supercentração ou movimento de transcendência do humano pela atração do “divino”, expressando o self em plenitude no cotidiano. Chardin (1978 *apud* PEIXINHO, 2001) possui uma proposta de que a educação contribui para o processo evolutivo na medida em que amplia a consciência do ser no mundo, gerando acréscimo de autonomia e facilitando a integração do homem enquanto ser múltiplo, desabrochando sua liberdade e estimulando a criatividade. Seu fim último deve ser sua realização humana fincada nestes três movimentos sustentados por uma dinâmica de amorização do universo. Entre os objetivos da Sociedade H se encontra a idéia básica de desenvolver estruturas de educação, saúde, economia, política, arte, de todas as áreas que constituem uma sociedade, tendo como foco o tronco comum de saber, de ser e viver. Para tanto, preocupa-se em envolver profissionais de nível universitário, a fim de se constituírem agentes de transformação social.

Uma das estruturas que esta sociedade vem procurando modelar com a idéia de desenvolver uma noção de alteridade e compreensão harmônica entre as pessoas (no caso dos profissionais de saúde) é este local pesquisado. Esta Unidade de saúde estimula o desenvolvimento comunitário entre os membros da Sociedade H, com outros trabalhadores do local e numa relação de crescimento e partilha de experiências destes com uma comunidade de baixa renda, onde se estuda o seu desenvolvimento, e também se contribui com ações em saúde.

Assim, este ambiente de trabalho não deve ser encarado como puramente profissional ou técnico, já que é colocado para todos os convidados do corpo docente que eles devem perceber um processo de crescimento pessoal acima de tudo e que o trabalho deve ser desenvolvido em equipe. É muito importante essa busca pela harmonização das relações interpessoais, por isso existe determinada cautela em selecionar os profissionais que trabalham no local e explicitar realmente o pensar filosófico da Sociedade H. Claro que o profissional deve também ter a competência técnica, mas a questão financeira ou ganho salarial, deve situar-se entre outros ganhos em termos do crescimento do próprio “eu”, além

de saber trabalhar em equipe e apresentar receptividade ao ideal do “Saúde da Família”, num modelo que estão construindo que difere em alguns pontos daquele do Ministério da Saúde. Os objetivos da equipe que compõe o PSF são, segundo o Ministério da Saúde (1997): Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

A Sociedade H apresenta ligação com o PSF a partir da correlação entre seus princípios e os do PSF, como o ideário de desenvolvimento do potencial humano na sua maior abrangência, numa idéia diretora de Vigilância à Saúde e com o envolvimento biopsicosócio-cultural e espiritual dos seus membros no objetivo de prevenir, promover, tratar, reabilitar, fazer todas essas tarefas que são inerentes a esse processo de melhoria da qualidade de vida do ser humano. Além disso, a instituição é também um laboratório de experiências pedagógicas, por se tratar de um local de encontro de diversos grupos de graduandos, já que é uma idéia de um espaço multidisciplinar em seu funcionamento. E a sua forma de atuar vai progressivamente diferindo dos modelos tradicionais das unidades de saúde de atenção básica. Desenvolve cada vez mais uma noção de relevância em relação ao vínculo com o paciente, que deve ser atendido no ambulatório e no ambiente domiciliar, participar de grupos de crescimento de qualidade de vida e do núcleo de apoio familiar.

A partir do momento em que o atual presidente da instituição saiu da supervisão do internato e residência no Hospital Santo Antônio, em parceria com a Escola Bahiana de Medicina, em 1993, e sua irmã retornou da Universidade de Brasília, onde trabalhou por três anos no campo de Geriatria numa equipe multidisciplinar do SUS, eles elaboraram um projeto de extensão universitária de trabalho com a comunidade, nos moldes do Saúde da Família. Este projeto se iniciou com uns vinte alunos voluntários, aos sábados à tarde, tendo o apoio da Mansão do Caminho<sup>28</sup> para o atendimento ambulatorial (utilizavam o Centro de saúde do

---

<sup>28</sup> Local onde funciona um projeto espírita, coordenado pelo médium Divaldo Franco, que oferece auxílio espiritual, educativo e assistência à saúde à população de Pau da Lima.

local), e passando depois a ser uma disciplina obrigatória do 4º ano de medicina, a receptividade por parte dos alunos se reduziu. Durante o terceiro ano desta experiência pedagógica, nasceu a idéia de se implantar o internato em Saúde da Família num espaço mais estruturado e maior do que a Mansão do Caminho, com parceria entre a Sociedade H, que já existia, e a Bahiana. Nesta ocasião mudou a diretoria e, esta realmente investiu nesta idéia do internato em Saúde da Família. A Bahiana ficou responsável pelo salário dos professores, ampliando a equipe e colaborando com a parte de material de consumo (fichas de prontuário, luvas descartáveis, etc.) e a outra parte de funcionários e aluguel do imóvel ficou sobre a responsabilidade financeira da Sociedade H, a qual já possuía projetos na área de artes, educação e saúde (inclusive com alunos de medicina) e já havia realizado seminários no Brasil na abordagem holística, seguindo as tendências mundiais desde 1987, quando foi criado este modelo institucionalizado.

Hoje o grupo está numa estrutura física de acordo com as normas exigidas pela vigilância sanitária e pelo Ministério da Saúde, com parceria também com o Hospital das Clínicas e a SESAB, que mantêm a residência de clinica médica e pediatria, onde os residentes estagiam por um mês, e as residências médica e multiprofissional em Saúde da Família. Além disso, possuem graduandos de medicina de segundo ano, internato no quinto e sexto anos (principal foco da pesquisa) e alunos de fisioterapia preventiva, odontologia social, estágio básico de psicologia e avançado de terapia ocupacional.

Esta estrutura física apresenta bom estado de pintura, limpeza e conservação, com salas amplas, bem arejadas e alguns locais com ar condicionado. Apresenta 11 salas para atendimento ambulatorial médico, duas salas de odontologia preventiva (só não consultório montado ainda), uma sala de psicologia (onde funciona o NAF - Núcleo de atendimento familiar que iremos considerar mais adiante), sala de recepção com computador, sala de imunização, sala de curativo, sala de nebulização (ainda não tem o nebulizador) e local para estoque de medicamentos. Além disso, apresenta local para esterilização de material, local para atendimento em nutrição, sala de preventivo ginecológico, quatro banheiros, arquivo de prontuários, biblioteca, auditório, sala de administração e outros espaços para ocorrerem aulas. Os consultórios médicos apresentam maca, mesa de atendimento, cadeiras, armário, pia e alguns possuem ar-condicionado. A fala de uma médica pode ilustrar esta satisfação com o local de trabalho quando comparado a outras instituições públicas de atenção básica:

*“Do ponto de vista estrutural e arquitetônico agora a gente conta com um local amplo, claro, com salas boas, o paciente fica*

*confortável, o ambiente de trabalho nesse sentido de espaço físico ficou muito agradável. E é outra coisa que nos outros lugares a gente não tem, trabalha em salas apertadas, nem sempre bem limpas, e a gente trabalha com toda essa coisa de limpeza, de boa estrutura, que eu acho que na grande maioria não tem.”M1*

Existem sete agentes comunitários do PACS (Programa de agentes comunitários de saúde) na área desta instituição. Esta área de abrangência, no momento, está organizada por cores: vermelha, verde, azul e marrom. Devido a não haver PSF implantado neste bairro (apenas uma Unidade de atenção básica), esta Unidade não se restringiu a atender apenas famílias de sua área, se estendendo para outras famílias do bairro. Por causa disto, esta instituição-escola apresenta 2674 prontuários de famílias moradoras que já foram atendidas. Destes prontuários, 897 correspondem a famílias já cadastradas por estes agentes comunitários do PACS e estudantes da instituição, quando realizam visitas domiciliares. Uma das funções dos agentes é o mapeamento e cadastramento da clientela da área de abrangência, que normalmente se restringe a mais ou menos mil famílias.

No momento, estes agentes comunitários se reúnem com os residentes de Saúde da Família da instituição. O processo de organização do atendimento à clientela preconizado para a estratégia de Saúde da Família é através do processo de territorialização, que envolve este mapeamento, com identificação de áreas e grupos de risco, diagnóstico da situação de saúde da população, o que permite o cadastramento das famílias e devido planejamento das ações adequadas à natureza dos problemas (TEIXEIRA, 1998).

Esta organização do atendimento à clientela ou oferta organizada no território envolve agendamento de visitas e atendimentos domiciliares e marcação de consultas ambulatoriais. Os residentes da Unidade, por exemplo, agendam estas consultas através dos agentes ou pela clientela captada nas visitas. Além disso, os residentes organizam capacitações e salas de espera com os agentes. Os residentes estão iniciando também um dia para acolhimento, onde estarão direcionando as pessoas de uma determinada área do local, primeiramente a área vermelha, para encaminhamentos e ações necessárias através de uma ficha que estão organizando.

A área de atuação das visitas dos alunos é também dividida entre as quatro micro-áreas citadas. Os professores são fixos em cada micro-área por semestre, escolhendo determinada rua (para cada turma de determinado curso) e investindo tanto na parte educativa como na parte assistencial da área selecionada, encaminhando em alguns momentos para o ambulatório, porque ainda não é possível delimitar a clientela ambulatorial exclusivamente

pela oferta organizada da micro-área. Os atendimentos ambulatoriais são realizados em sua maioria pela demanda espontânea, ou seja, pela escolha do paciente em função de se apresentar doente.

Existem alunos de diversos cursos (citados anteriormente) e os de medicina encontram-se no segundo ano e internato de quinto e sexto anos. Estes últimos foram os que nos preocupamos em nossa pesquisa, e distribuem três turnos de seus horários de trabalho atendendo no ambulatório (saúde da criança, adulto e mulher). Em outros dois turnos, na disciplina de atenção psicossocial, eles realizam visitas domiciliares (inclusive cadastramento, se necessário). Além disso, eles realizam as atividades educativas em saúde esperadas do modelo do PSF. Estas se distribuem nas visitas, grupos educativos e salas de espera. Algumas vezes, eles também coletam histórias de vida das pessoas visitadas. Estas histórias de vida visam estimular o aluno a não perceber apenas a doença e situar a queixa da pessoa visitada no contexto de sua vida, além de percebê-la como um todo biopsicossocial. Eles coletam informações da infância (nascimento, traumas, brincadeiras, maneira da criação), adolescência (sexualidade, namoros, estudo), maturidade (casamentos, filhos, trabalho, projetos de vida, sonhos). Muitas vezes não conseguem ou demonstram desinteresse nesta coleta.

Os alunos de estágio em psicologia contribuem com a realização destas histórias de vida, as quais são selecionadas pelo NAF (Núcleo de Apoio à Família composto por professores e residentes). Este Núcleo acompanha e discute os casos das famílias mais vulneráveis, com intuito de fortalecer a resiliência e empowerment das pessoas assistidas. As histórias de vida coletadas são colocadas nos prontuários das famílias para conhecimento do paciente de forma integral. Estas histórias de vida são organizadas pelos temas dos fatos marcantes dos ciclos vitais, mas não se apresentam focadas em alguma queixa a ser investigada.

O atendimento psicológico está sendo melhor estruturado agora que existem 2 residentes em psicologia, pela residência multiprofissional em Saúde da Família. Estes atendem demandas solicitadas pelos profissionais do local e agentes comunitários, no momento dando cobertura inicial à área vermelha em três turnos de atendimento. Alguns psicólogos voluntários já atenderam no local em outros momentos e os dois professores de estágio em psicologia oferecem suporte em momentos necessários. No momento, necessita-se estruturar com os novos residentes os atendimentos no setor de psicologia, devido à alta demanda, inclusive de encaminhamentos destes médicos investigados, como veremos no processo de análise dos dados.

As consultas com o Serviço Social devem ser marcadas através do sistema de interconsulta no próprio local. Nas famílias acompanhadas por este serviço, devem ser coletadas a História de Vida de pelo menos um usuário, caso este instrumento ainda não conste no protocolo e/ou não esteja sendo coletado pelos estagiários de psicologia. A presença do serviço social e da psicologia, além da preocupação com as histórias de vida, já são um diferencial em relação às Unidades públicas de PSF.

A triagem na recepção é feita, então, pela demanda espontânea em sua maioria. Nos moldes do PSF deveria ser pela oferta organizada. Isto ocorre devido a vários fatores: demanda alta por parte da comunidade (uma média de 108 atendimentos por semana e 432 por mês), poucos locais de atenção básica pelo SUS no local, além dos alunos apresentarem preferência pelo atendimento ambulatorial. No entanto, algumas consultas podem ser requisitadas pelos alunos a partir da visita domiciliar, assim como o aluno pode realizar a visita de uma família de determinado paciente que está sendo atendido no ambulatório. Normalmente existem os dias de distribuição de fichas: terça e quarta pela manhã e quinta à tarde. Distribuem-se 12 fichas por especialidade (pediatria, clínica e ginecologia) com marcação garantida da consulta de retorno, logo após na saída, podendo o paciente retornar até 30 dias, a depender do que o médico disser. Quando o paciente retorna em um mês, ainda encontra a mesma turma de alunos atendendo, pois esta muda a cada dois meses. A depender do caso, ele pode retornar oito dias depois, como por exemplo, um paciente com hipertensão arterial descompensada, que necessita de acompanhamento e a adesão ao tratamento é fraca, ou ainda uma criança que necessita voltar logo em seguida. Nem sempre o paciente atendido quer marcar a consulta de retorno para o mesmo dia e turno que compareceu naquela primeira consulta, ou então ele pode faltar, e isto implica que nem sempre os alunos reencontram seu paciente, apenas o professor será o mesmo, já que é fixo naquele dia.

A taxa de evasão é considerada alta, pois muitos marcam e não retornam, nem avisam que não vão comparecer, necessitando então da conscientização coletiva, já que não precisam se deslocar em termos de transporte. A maioria das faltas ocorre, segundo os faltosos, porque não conseguiram realizar os exames solicitados a tempo ou por causa de alguma intercorrência, o que não impede de comparecerem ao ambulatório para avisar que a vaga pode ser substituída ou cedida para outra pessoa que pode estar na fila aguardando.

As visitas domiciliares seguem um roteiro, uma programação, discutida de acordo com as demandas das turmas e professores, e no caso, por exemplo, da turma de quinto ano de medicina, esta é dividida e uma parte realiza visitas na terça e outra na quarta, em micro-áreas diferentes, mas organizadas e integradas pelo NAF.



A visita domiciliar visa uma aproximação com a família com o objetivo de detectar sinais de alerta para a disfuncionalidade<sup>29</sup> e existência ou não de rede social de apoio. A partir das visitas é construído um protocolo de intervenção (vide anexo V), relacionando os problemas observados e as possibilidades de atuação, estabelecendo objetivos, prazos e indicadores de sucesso para as ações propostas. Estes alunos de medicina de quinto ano, então, atendem no ambulatório e realizam visitas domiciliares, mas a ponte entre estes dois eventos não está ainda muito organizada.

Os internos de sexto ano, residentes e pós-graduandos em Saúde da Família freqüentam as discussões dos casos das famílias selecionadas pelo NAF, acompanhando e/ou monitorando, através da revisão deste protocolo e do prontuário, que ações já foram executadas e que demandas ainda não foram encaminhadas, sejam demandas clínicas, odontológicas, de serviço social, psicológicas (inclusive de dificuldades de aprendizagem). Também nesta etapa devem ser acionadas as parcerias já existentes, inclusive nas áreas em que a instituição não atua. As famílias em acompanhamento terão vagas prioritizadas no ambulatório nos dias de atuação dos internos de sexto ano e dos residentes.

Os estudantes de medicina aprendem neste espaço um modelo de atendimento no qual o foco da atenção não seja apenas a doença ou a queixa manifesta, além de não se perceber apenas seus aspectos biológicos. Ou seja, estão tentando construir um modelo na abordagem biopsicossocial. Para tanto, os professores criaram um item de investigação psicossocial na anamnese, o qual compõe suas fichas de atendimento de adulto e de criança. Estas fichas são arquivadas no prontuário da família. Na ficha de adulto (vide anexo IV-A), que são preenchidas nas primeiras consultas, encontram-se outros itens como: dados pessoais do paciente e um quadro de questões preventivas e promocionais sobre imunização, exames necessários por sexo, questões sobre hábitos alimentares, exercícios físicos, tabagismo, etilismo e drogas. Em seguida, encontramos um quadro de saúde do trabalhador. Segue a questão sobre o motivo principal da consulta, além da história da doença e dos aspectos psicodinâmicos do adoecer (investigação psicossocial). Ainda encontramos questões sobre acidentes e situações de violência enfrentadas e sobre outras patologias pessoais e familiares. Segue questões sobre atividade sexual, antecedentes obstétricos e ginecológicos (no caso de ser mulher), e finalmente o exame físico. Neste exame físico, cada segmento corporal é investigado nas queixas trazidas, identificando a lista de problemas em função do que se

---

<sup>29</sup> Disfuncionalidade implica em que a família não está conseguindo por si se adaptar ou se reorganizar em função de fatores de risco pelo qual está passando no momento como doenças crônicas, morte, violência, desemprego etc.

examinou fisicamente, levantando a suspeita diagnóstica seguida das condutas como exames, plano terapêutico e educacional, além de encaminhamentos necessários (inclusive para grupos educativos). Isto tudo é encontrado na ficha de adulto, que agora inclui outro item que é um resumo das questões da ficha A (do cadastramento do PSF), ou seja, questões sócio-econômico-sanitárias (situação do domicílio, esgotamento, luz, água e lixo).

Na ficha de criança (vide anexo IV-B) encontramos os mesmos itens, com diferença da exclusão de alguns (trabalho, atividade sexual). Os itens de tabagismo, etilismo, drogas, aparecem como antecedentes obstétricos da mãe, juntamente com a história da gravidez e parto. Além disso, encontramos os dados do recém-nascido, amamentação e desenvolvimento neuropsicomotor. O item da investigação psicossocial aparece dividido entre a história psicossocial e a sócio-econômica.

Devido a esta sensibilização para os aspectos psicossociais e melhor preparo dos professores para este tipo de abordagem, selecionamos esta Unidade-escola para espaço da nossa pesquisa, na qual aproveitaremos para fazer também reflexões sobre a Educação médica.

O médico supervisor ou aluno que atende com estas fichas em consulta ambulatorial deve fazer um relato breve sobre a história da doença e a psicodinâmica do adoecimento, situando a doença na história de vida do paciente e como este percebe sua enfermidade.

O tempo de atendimento dos alunos no ambulatório da instituição é de uma hora ou mais, tanto por estarem em processo de aprendizado quanto pelo exame que realizam com a supervisão dos professores ser minucioso (ficha de atendimento extensa, buscando também investigação psicossocial). No entanto, vamos observar na pesquisa até que ponto os professores estimulam o preenchimento desta investigação psicossocial que consta no modelo da ficha da anamnese que elaboraram e o que consideram que seja esta questão, bem como não podemos deixar de vislumbrar se os alunos a preenchem e o que colocam.

O modelo de atuação da instituição é adaptado para o Programa Saúde da Família pelo fato desta ser principalmente acadêmica e também pelos organizadores do espaço questionarem alguns pontos como, por exemplo, o tempo curto em que o médico realiza seu atendimento. Acredita-se que este tempo, considerado curto, prejudica a realização tanto das ações de educação em saúde, em nível de consulta clínica, quanto da investigação e atenção psicossocial com percepção integral e singular de cada paciente, estimulando assim o médico a continuar restrito na visão biológica da queixa principal e do combate à doença. É verdade que a demanda do atendimento clínico tem sido alta na prática do PSF, mas acredita-se que com boa cobertura de implantação de PSF e, resultados positivos a nível de promoção à

saúde, isto possa melhorar e o médico possa atender com maior tempo. Nesta instituição-escola acredita-se que o PSF estaria mais avançado se permitisse mais tempo de atendimento e maior vínculo com o paciente, principalmente quando a demanda do paciente for enfática na questão emocional.

## 2.1 Plano de Coleta

Para a construção do corpus de análise descritiva e interpretativa dos dados (BAUER & AARTS, 2002), buscamos identificar características destes dez médicos da instituição (a serem descritos posteriormente) que participaram da pesquisa, a fim de perceber como estes concebem a dimensão psicossocial no processo saúde-doença, quais aspectos são valorizados e incluídos no processo de atendimento e a orientação dos alunos de medicina de quinto e sexto anos (internato) na Instituição-escola.

Assim, utilizamos técnicas qualitativas de entrevistas abertas individuais e observações participantes, bem como análise de alguns prontuários preenchidos pelos alunos. As entrevistas individuais se dividiram entre os oito médicos que atuam na instituição e os outros dois, um que administra de forma geral e o diretor técnico.<sup>30</sup> Foram realizadas duas formas de entrevista: uma para pesquisar estes médicos que supervisionam o atendimento ambulatorial e as visitas domiciliares dos estudantes de medicina (percebendo o que incluem e como escutam, acolhem e/ou encaminham questões que dizem respeito à dimensão psicossocial do processo saúde-doença) e a outra forma visou perceber a opinião dos que administram sobre a viabilidade de ocorrer na prática do atendimento, tanto ambulatorial quanto domiciliar, a integração biopsicossocial com estes professores e alunos.

As observações participantes visaram compreender a dinâmica do local e assistir a apresentação dos alunos sobre os trabalhos de encerramento das visitas domiciliares, a fim de perceber a qualidade da realização do protocolo familiar, citado anteriormente, para observar realização de histórias de vida ou resistência em realizar esta atividade, apontada pelos professores na análise das entrevistas. Assim, pôde-se visualizar na prática as facilidades e dificuldades do processo de atenção no setor psicossocial da instituição.

---

<sup>30</sup> Havia mais um médico que não quis participar da pesquisa por estar trabalhando no local recentemente.

A observação dos prontuários visou verificar como os alunos preenchem a investigação psicossocial, presente no modelo de anamnese do local, inclusive com análise de dez por cento dos prontuários de famílias cadastradas, para visualizar as dificuldades apontadas pelos professores sobre o preparo dos alunos na formação médica atual para entendimento de como abordar a dimensão psicossocial, bem como do desinteresse destes em preencher o item de investigação psicossocial.

O roteiro das entrevistas para os professores e o outro adaptado para o administrador e diretor do local encontram-se em anexo I. Incluímos também relatos de casos da prática do atendimento, vistos como desafiadores no processo de acompanhamento, a fim de visualizar a prática integrada às concepções e de perceber se estes casos selecionados pelos médicos conteriam questões psicossociais.

O roteiro de análise foi dividido em temas categorizados de concepções e relatos de práticas do atendimento. As concepções envolveram questões sobre o que os médicos pensam sobre o processo de adoecimento e cura, interdisciplinaridade, doença psicossomática e mental, a fim de perceber se consideram nas suas crenças e conhecimentos, a visão integral do adoecer.

No relato de práticas, discutiu-se a questão do que eles consideravam na investigação psicossocial da anamnese, quando eles próprios atendiam, facilidades e dificuldades para realizá-la, inclusive juntamente com os alunos e possibilidades de acolhimento desta dimensão pelo médico. Além das sugestões para melhora desta questão, hábitos que eles acreditam ser mantenedores de saúde, além de quando e para onde encaminham os casos que necessitam de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Solicitou-se uma lista de telefone dos médicos professores da instituição. Mantivemos o contato telefônico para marcação das entrevistas (subdivididas em dois momentos), as quais foram realizadas em outros locais de trabalho, ou no final do expediente, a fim de não interferir no processo de atendimento local. Estas entrevistas aconteceram de março até maio de 2005, pela dificuldade na disponibilidade dos médicos, que, por isso mesmo, foram divididas em dois encontros de meia hora cada. Todas foram gravadas com consentimento informado (vide anexo II), o qual foi assinado por todos (apenas um médico já citado se recusou a participar, por estar no local há pouco tempo).

## **2.2 Plano de Análise**

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, além de se registrar toda informação adicional além das gravações (FLICK, 2002). A técnica utilizada para analisar os dados das entrevistas foi a análise do discurso, por ser esse um método qualitativo nas Ciências Sociais (BAUER, 2002).

As respostas foram agrupadas em categorias empíricas e analíticas por critérios de semelhança, mas descritas em cada categoria nas suas especificidades.

### **Categorias analíticas e empíricas:**

- 1. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL**
- 2. CONCEPÇÕES**
  - 2.1 PROCESSO DE ADOECIMENTO E CURA**
  - 2.2 DOENÇA PSICOSSOMÁTICA /DOENÇA MENTAL**
  - 2.3 INVESTIGAÇÃO PSICOSSOCIAL NA CONSULTA MÉDICA**
  - 2.4 ASPECTOS FACILITADORES, DIFICULTADORES e SUGESTÕES PARA ESTA INVESTIGAÇÃO**
  - 2.5 INTERDISCIPLINARIDADE E PARTICIPAÇÃO DO PSICÓLOGO NA EQUIPE**
- 3. REFERÊNCIA /CONTRA-REFERÊNCIA**
- 4. SUGESTÕES DE PRÁTICAS PARA MANTER A SAÚDE**
- 5. PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES SOBRE OS ALUNOS (COM ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS)**
- 6. RELATOS DE CASOS DA PRÁTICA DOS MÉDICOS**

### 3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As considerações éticas apresentadas nesse projeto de pesquisa foram elaboradas com base na Resolução nº 196 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2002). Nesse sentido, a referida pesquisa levou em conta a importância do consentimento livre e informado dos sujeitos investigados (anexo II), respeitando a dignidade e a autonomia destes, bem como a segurança da confiabilidade e privacidade dos informantes (já que foram omitidos os nomes dos envolvidos e da instituição). A ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, bem como a relevância social da pesquisa foram também levados em conta.

O retorno do resultado da pesquisa foi comprometido com os administradores, como também as sugestões oferecidas serão discutidas para ver em que e como a pesquisadora poderá contribuir com a instituição, atentando-se para o respeito aos valores sócio-culturais, morais, religiosos e éticos da comunidade pesquisada.

A autorização formal da instituição para realização das entrevistas desta pesquisa foi concedida logo que se iniciou o processo das entrevistas.