

Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde

(Social representations and public health care: subjectivity as a participant in the daily routine in health care)

Denize Cristina de Oliveira
Faculdade de Saúde Pública/USP

Resumo

Discute-se, neste trabalho, os impasses conceituais colocados para a definição de uma nova Saúde Pública, a partir dos paradigmas propostos pelo movimento de promoção da saúde na sua articulação com a teoria de representação social. Essa articulação é contextualizada nas transformações impostas por uma nova lógica conseqüente à pós-modernidade. A teoria de representação social é tomada na sua vertente teórica moscoviciana francesa, e discutida em função das possibilidades de aplicação e interfaces estabelecidas com o campo da saúde, particularmente com a Saúde Pública. Parte-se de uma reflexão interdisciplinar,

Abstract

In this paper the author discusses the conceptual impasses set up with regard to the definition of a new Public Health, based upon the paradigms proposed by the movement of health promotion, articulated with the theory of social representations. This articulation is contextualized in the transformations imposed by a new logic emerged from postmodernity. The theory of social representations is understood in accordance with the Moscovician current and used to discuss the possibilities of application and interfaces established with the public help. Taking an interdisciplinary

buscando contribuir para a superação de impasses que se apresentam na atualidade, como a relação objetivo-subjetivo; geral-particular; individual-coletivo e prevenção-promoção. Algumas possibilidades de articulação desses dois campos teóricos são exploradas, bem como as dificuldades colocadas para as pesquisas que se utilizam deste enfoque na atualidade.

Palavras-Chave: promoção da saúde; representação social; políticas públicas saudáveis; saúde na pós-modernidade.

approach, the author tries to surpass the problems presented by the relation objective - subjective; general - particular; individual - collective and prevention - promotion. Some possibilities of articulation of these theoretical fields are explored as well as the difficulties research faces nowadays when it adopts that approach.

Keywords: health care promotion; social representations; health care policies; health care in postmodern times.

Introdução

As rápidas transformações pelas quais vêm passando a sociedade e a constituição, no campo da ciência, de uma lógica pós-modernista vêm explicitando dicotomias, em particular no campo da saúde, que caracterizam o pensamento científico nesse campo de conhecimento na atualidade.

CARVALHO (1996) destaca que, mesmo que de forma imprecisa, define-se como pós-moderno o discurso ou pensamento que emerge e, ao mesmo tempo, trata das transformações ocorridas na racionalidade científica que culminaram com a perda da eficácia do discurso científico, com a emergência de novas racionalidades e com a legitimação de outras formas de conhecimento, relacionando-as à temática da sociedade pós-industrial. Esse evento pode ser claramente observado na saúde pública,

uma vez que sua constituição teórica e suas práticas estão sendo objeto de reflexão e reconstruções permanentes por parte dos seus interlocutores.¹

Diversos estudiosos da atualidade apontam para um marco inicial da pós-modernidade no campo da saúde pública, a saber, em fins da década de 70, com a frustrada campanha mundial de erradicação da malária que vai desvelar a falência da tecnologia diante de problemas de saúde com forte determinação social. Isto equivale dizer que, provavelmente a partir desse fato histórico, vai se observar o desmoronamento de um dos pilares do pensamento moderno, qual seja, a crença nas possibilidades ilimitadas da ciência em controlar a natureza e vencer a doença (GARRETT, 1995; SANTOS, 1994; MORICONI, 1994).

Começam a se desenhar, a partir daí, os impasses impostos por este novo quadro de significações para o campo da saúde, na medida que a superação de antigas dicotomias passa a se colocar como fundamental para a constituição de um novo paradigma sanitário.

Diversos são os desafios colocados, no entanto o primeiro deles é a especificação do caráter social da saúde pública, que responda ao mesmo tempo à determinação macro-social de estruturas e processos e à sua especificação no cotidiano dos sujeitos sociais. Nesse particular, trata-se de ultrapassar abordagens teóricas de caráter prescritivo e normativo contra as desigualdades sociais e de saúde, e assumir abordagens que, interdisciplinares no conteúdo e intersetoriais na ação, mobilizem os recursos cognitivos e materiais necessários a esse novo perfil (CARVALHO, 1996).

É justamente nesse espaço reflexivo que a teoria de representação social vai encontrar espaço fecundo no campo da saúde pública.

Desafios atuais para o campo da saúde

As superações necessárias

Alguns deslocamentos conceituais vão caracterizar o pensamento pós-moderno, na busca de superação de dicotomias históricas, cujos impactos no campo do pensamento sanitário podem fazer avançar as proposições teóricas atualmente existentes.

¹ A esse respeito ver CAMPOS (1991); CARRARA (1994); FERRAZ (1993); FONSECA (1994); ILLICH (1975); MARQUES (1995); BARROS (1996); PAIM (1993), dentre outros.

Trata-se, sobretudo, do deslocamento das concepções de “objetivo” para “subjetivo”, de “individual” para “coletivo”, e de “prevenção” para “promoção” da saúde. Esses são desafios que se colocam para a definição de novos modelos teóricos de explicação e também para o desenho de um novo perfil para os modelos tecnológicos de atenção à saúde.

As dicotomias apontadas acompanham a própria constituição histórica da saúde pública, aqui entendida como um conjunto de práticas e conhecimentos institucionalmente organizados em uma dada sociedade, capazes de assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana em condições saudáveis (SABROZA, 1994), refletindo-se em formas diferenciais em cada modelo de pensamento constituído no campo. Pode-se identificar pelo menos três padrões principais de pensamento na saúde pública que foram constituídos ao longo do tempo e coexistem até o momento atual.

O primeiro refere-se à saúde pública tradicional, caracterizada por um modelo teórico clínico, biomédico e tecno-centrado. Esse movimento nasce sob a égide do pensamento positivista e se apoia na objetividade científica dos modelos de explicação do processo saúde-doença, caracterizado principalmente pela relação de uni ou multi-causalidade, corporificado no modelo teórico da “história natural das doenças”. Nesse modelo, o homem é objeto de uma ação sanitária sem sujeitos, submetido a uma ação técnico-normativa da saúde pública, determinada por parâmetros técnicos definidos por seus profissionais.

O segundo padrão é caracterizado pela saúde pública social, marcada pela vertente estruturalista histórica sobre o pensamento biomédico e pela constituição das bases da epidemiologia social. Representa o primeiro momento de incorporação do social aos cânones do pensamento sanitário, primeiramente como variável interveniente nos riscos de agravos à saúde das pessoas, depois sendo incorporado ao modelo de explicação do processo saúde-enfermidade (SANTOS, 1994).

Para CARVALHO (1996) a entrada do social, a despeito de enriquecer o modelo explicativo, alterou pouco sua positividade já que a realidade, embora constituída e conformada com a interveniência do social, permaneceu como um molde objetivo, em um modelo onde as pessoas e coletividades estariam submetidas a riscos externos a elas. A subjetividade admitida nesse modelo explicativo é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos. Desta forma, a

participação dos sujeitos e sua parcela de autonomia na definição das práticas cotidianas de saúde ficaram anuladas.

Uma outra vertente que vai marcar um papel crucial para a oposição ao positivismo e à objetividade imperantes, conformando novas bases para o paradigma emergente, pode ser denominada de saúde pública subjetiva, de vocação anti-positivista e que vai marcar um terceiro padrão de relação “objetivo-subjetivo” (CARRARA, 1994).

Nesse modelo, a subjetividade é francamente dominante; a saúde é destituída de objetividade e procura mostrar de que maneira a medicina se origina no social e produz o social (HERZLICH, 1969). Através da clássica pesquisa *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, a autora vai afirmar que a medicina “não realiza a decodificação do orgânico ou da doença, mas sim a sua construção a partir de categorias cognitivas socialmente dadas, as quais manipula”. Desta forma, são firmadas as bases do “construcionismo” na saúde, que vai marcar o descontentamento com o modelo biomédico e o ingresso marcado da psicologia social no campo, através da teoria de representação social.

Mas da mesma forma que no movimento da saúde pública clássica, as duas abordagens do social, a estruturalista e a relativista, não parecem aptas a fornecer um tratamento satisfatório da questão objetivo/subjetivo, em função dos pólos opostos que representam. Se no positivismo a realidade social e o universo individual existem como formas legítimas de saber, no estruturalismo histórico a subjetividade é moldada e aprisionada na estrutura da sociedade, e na abordagem construtivista ou relativista, a subjetividade é soberana e construtora do objeto saúde.

A complexidade do quadro sanitário brasileiro emergente situa-se muito além das possibilidades explicativas de qualquer dos três padrões mencionados. No entanto, deve-se assinalar a função “cunhadora” da teoria de representação social no campo da saúde, na medida que não apenas apresenta uma outra forma explicativa da constituição do processo saúde-doença, mas também questiona a clássica causalidade atribuída aos “fatores externos”, ao mesmo tempo em que se opõe à afirmação da ciência como única forma de saber válida, recuperando para a cena acadêmica o saber do senso comum.

Começam a se delinear, desta forma, as oposições a serem superadas para a constituição de um paradigma que possibilite uma saúde pública de tipo novo, na qual as ciências sociais e as ciências naturais combinem-se para a primazia do conhecimento sobre o “objeto saúde”.

Nesse particular, as ciências sociais, especialmente a psicologia social através da teoria de representação social, vêm contribuir para a recuperação do social numa triplíce dimensão:

- Possibilitando uma melhor especificação da subjetividade implicada na saúde sem, no entanto, opô-la à objetividade característica do desenvolvimento do campo e do objeto.
- Concebendo a relação coletivo-individual como uma relação dialética, onde a individualidade não pode ser pensada sem a sua contrapartida no social.
- Possibilitando pensar a saúde como objeto holístico, a partir do reconhecimento de uma forma de conhecimento natural, entidade teórica com o mesmo "status" social do conhecimento científico, caracterizada pelo conhecimento do senso comum.

A busca de um novo paradigma para a saúde pública

Na busca da constituição de um campo de referências teóricas e de superação das dicotomias apontadas, algumas perspectivas teóricas vêm sendo desenvolvidas no campo da saúde pública, dentre as quais o movimento de promoção da saúde ocupa espaço particular. Esse movimento possibilita uma aproximação à teoria de representação social com vistas a compor um referencial teórico explicativo que muito pode contribuir para os atuais desafios da área.

A gênese do movimento de promoção da saúde é marcada por diversas reuniões internacionais ocorridas desde fins da década de 70. Essas conferências vêm preconizando um novo paradigma para a saúde e uma saúde pública reformulada que venha a atendê-lo, como reconhecimento de que apenas com a intervenção individual e curativa, desconsiderando as dicotomias apontadas, os problemas das morbidades e da qualidade de vida não poderão ser resolvidos.

As deliberações das principais conferências internacionais que marcam o princípio do movimento de promoção da saúde encontram-se na Carta de Ottawa de 1986, na Declaração de Adelaide de 1988, na Declaração de Sundsvall de 1991 e na Declaração de Bogotá de 1992, as quais reconhecem que a saúde é resultante de um complexo conjunto de fatores conjunturais, sócio-econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos que impõem novos modelos de organização das práticas de saúde (MINISTÉRIO, 1996; ORGANIZATION, 1993).

Os questionamentos explicitados nessas reuniões internacionais vêm, de longa data, sendo discutidos nos meios acadêmicos e técnicos da saúde pública, na busca de incorporação de enfoques teóricos de outras áreas de conhecimento, como a sociologia e a psicologia, para a constituição de um novo paradigma de promoção e também de saúde. A proposta de promoção da saúde busca, desta forma, uma definição paradigmática mais ampla e holística que englobe os vários planos envolvidos nas ações dos profissionais e dos indivíduos/agentes de saúde, fixando um campo de reflexões e práticas que aponte para a renovação da saúde a partir da premissa da saúde como bem comum.

Um dos conceitos apropriados pela proposta de promoção da saúde é o de “empowerment”, ou seja, o exercício real de poder por parte da população com vistas à elevação dos níveis de saúde, estabelece ligações conceituais com autores como Pierre Bourdieu (1989), ao tratar das noções de “capital simbólico” e “violência simbólica” como partícipes das relações sociais; bem como ao conceito de “representação social” de Serge Moscovici (1976). Essa complementaridade conceitual reafirma uma relativa independência (ou participação) dos sujeitos nas ações e simbolizações sobre o cotidiano vivido, a partir de um contexto social que determina e é determinado pelos mesmos sujeitos.

Desta forma, trata-se de um movimento sócio-político que visa possibilitar a superação do modelo clínico de organização das práticas de saúde, dominante até o momento, através da ação crítica de uma nova saúde pública, desenvolvida dentro de um novo quadro de significações. Algumas das suas proposições merecem uma melhor especificação:

- Ações sobre o meio ambiente, visando assegurar um espaço favorável para a saúde, como decorrência das recentes alterações ocorridas no que se constituiu num senso comum sanitário, com a incorporação de valores progressistas como a defesa ambiental, as questões de gênero, e outras, explicadas por uma combinação de democratização da informação e dos saberes, com o progresso moral pela revalorização da vida.
- Uma releitura do paradigma de prevenção calcada no princípio da qualidade de vida e da vulnerabilidade biológica e social, que diferem do conceito de risco em função do seu suporte teórico firmado na epidemiologia social. Nessa concepção os processos destrutivos para a saúde geram grupos vulneráveis

a um conjunto de processos mórbidos, e não apenas a uma patologia específica (BREILH, 1996). Assim, as morbidades deixam de ser vistas como entidades isoladas e autônomas e passam a se constituir em processos que se desenvolvem em função de uma rede de determinações. Essa rede passa pela estrutura social na qual os sujeitos e grupos vivem, pela dimensão da vontade e da autonomia dos indivíduos e grupos sociais, pelas questões do meio ambiente, dentre outras.

- Ações que visam o desenvolvimento das capacidades individuais e a promoção da participação dos indivíduos nas ações coletivas de saúde, já que para a saúde pública dotar o indivíduo de um novo estatuto significa redescobri-lo em suas virtualidades de sujeito de mudanças, de si e do coletivo, e não apartá-lo do coletivo social onde se inscreve e molda (CARVALHO, 1996).
- Contribuição para o desenvolvimento de novas tecnologias de trabalho nos serviços de saúde que considerem o conjunto das necessidades culturais, biológicas, sociais, psicológicas e econômicas dos indivíduos e dos grupos sociais. Reconhece-se que, na atualidade, os estados mórbidos derivam de situações complexas não restritas ao plano físico objetivo, como alcoolismo, tabagismo, consumo de drogas, etc. Esse quadro não pode ser equacionado a partir de uma normatividade externa aos indivíduos, porque nele a ação sanitária envolve o protagonismo de sujeitos reais, sua vontade política e suas escolhas morais.
- O espectro de ação das instituições de saúde coloca-se dentro de um meio que se estende das estruturas tradicionais de cuidados de saúde, até as práticas do senso comum, uma vez que exige-se do campo da saúde pública que empreenda e supere a herança da relação dicotômica e conflituosa entre objetividade e subjetividade, assumindo-se como um campo de interação e de intersecção de sujeitos em territórios distintos, conforme afirmado por CARVALHO (1996). Esses planos de ação são configurados por um território social, um território cultural, e um território natural.
- Considera-se como condição precípua das ações de saúde a redução das desigualdades e o desenvolvimento da

solidariedade, fundamentadas em novas atitudes de vida, baseadas na existência de uma rede de sentimentos e crenças morais compartilhadas pelos indivíduos que integram a comunidade, calcadas na internalização moral e não mais por submissão à norma legal ou por identificação com a maioria, como propõe FONSECA (1994).

- . Co-responsabilização de instituições, profissionais, entidades organizadas da sociedade e dos próprios sujeitos no desenvolvimento das ações de promoção, uma vez que torna-se manifesta a insuficiência da idéia da “saúde como direito de cidadania e dever do Estado”. Parte-se do sentido de que a busca da saúde envolve um processo que não se restringe ao acesso universal a bens e serviços de consumo individual ou coletivo, e cada vez mais se desenvolve no campo das relações interpessoais, onde direitos e deveres recíprocos marcam as relações indivíduo/indivíduo e indivíduo/coletivo (FERRAZ, 1993).

Conforme destacado, é nesse novo quadro de significações que a articulação interdisciplinar no campo da saúde começa a se desenhar, procurando romper com a compartimentalização de terrenos na investigação científica e fazendo com que interajam vários saberes especializados, particularmente com contribuições da psicologia social e da sociologia.

A teoria de representação social na sua interface com a saúde

Conforme já apontado, a teoria de representação social vem sendo utilizada para a análise do processo saúde-doença, desde o clássico trabalho de HERZLICH em 1969. Mas apenas recentemente passou a ser apropriada pelos pesquisadores do campo da saúde para a análise de objetos específicos do cotidiano profissional, a partir do olhar compartilhado das disciplinas da saúde e da psicologia social.

As representações sociais são tomadas pelos pesquisadores do campo da saúde a partir de diversas facetas conceituais. Uma dessas refere-se à representação como “um conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que um indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da

realidade” (ABRIC, 1987:64); é tomada ainda como “princípios geradores de tomada de posição² que estão ligados à inserções específicas em um conjunto de relações sociais, organizando os processos simbólicos que intervêm nessas relações” (DOISE, 1986:85); e mais comumente como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, com um alcance prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 1989:36).

MOSCOVICI (1976, 1986) apresenta um aspecto importante da teoria de representação social e que tem implicações para a interface representação social e saúde, qual seja, a de que o ponto de início da teoria é o abandono da distinção clássica entre sujeito e objeto, na medida que “não existe divisão entre o universo exterior e o universo interior do indivíduo ou do grupo, o indivíduo e o objeto não são essencialmente distintos” (1969:9). Destacando o aspecto funcional dessa distinção, ABRIC afirma que se trata de “um sistema simbólico organizado e estruturado, cuja função essencial é a apreensão e o controle do mundo pelo indivíduo, permitindo-lhe compreendê-lo e interpretá-lo” (ABRIC, 1994:64).

Essa concepção da relação sujeito-objeto reveste-se de importância para a saúde pública, uma vez que a sua distinção conformou as bases do conhecimento positivista nesse campo, conforme discutido anteriormente. Deve-se considerar que, ao nível das práticas cotidianas de cuidados de saúde e das práticas profissionais, essa dicotomia não se estabelece, na medida que nesse nível as representações e as práticas são indissociavelmente uma e a mesma coisa.

A hipótese de abandono da separação indivíduo-objeto, leva a atribuir um novo significado ao que se convencionou chamar de realidade objetiva, definida pelos componentes plausíveis da situação e do objeto. Parte-se, nessa perspectiva, da tese de que não existe, a priori, realidade objetiva, mas que toda realidade é representada, ou seja, apropriada pelo indivíduo e pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada ao seu sistema de valores, dependente da sua história e do contexto social e ideológico no qual está inserido. É essa realidade apropriada e

² Grifo nosso. O termo original em francês é “prise de position”, para o qual adotou-se o correspondente em português “tomada de posição”. Apesar do termo não ser usual na nossa língua, destaca-se no seu sentido a posição ativa do indivíduo nas relações sociais cotidianas, o seu posicionamento diante dos fatos e dos outros indivíduos, a tomada de decisões, as escolhas e os comportamentos decorrentes das mesmas.

reestruturada que constitui a própria realidade para o indivíduo e para o grupo (ABRIC, 1994).

Toda representação é caracterizada por uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas o é também de um indivíduo. Essa representação possibilita a reestruturação da realidade de modo a permitir uma integração simultânea das características do objeto, das experiências anteriores do indivíduo e do sistema de atitudes e de normas do seu grupo social. Deve-se reconhecer, nessa abordagem das representações, uma certa visão funcional do mundo uma vez que permitiria, ao indivíduo e ao grupo, dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através do seu sistema de referências, portanto adaptar-se ao mesmo e assumir posições.

Considera-se, portanto, que a representação não é um simples reflexo da realidade, mas uma organização significativa que depende, ao mesmo tempo, de fatores contingentes, tais como natureza e dificuldades colocadas pela situação, contexto imediato, finalidade da situação; e de fatores mais gerais que ultrapassam a própria situação, como contexto social e ideológico, lugar do indivíduo na organização social, história do indivíduo e do grupo, relações de poder socialmente estabelecidas (ABRIC, 1994).

Para WAGNER (1998), três orientações podem ser observadas na pesquisa das representações sociais: a primeira refere-se à abordagem original das representações tomadas como conhecimento popular das idéias científicas popularizadas; o segundo comporta o campo de objetos culturalmente construídos ao longo da história e seus equivalentes modernos; e no terceiro observa-se o campo das condições e eventos sociais e políticos onde prevalecem representações que têm um significado a mais curto prazo. Partindo dessa distinção, pode-se localizar trabalhos desenvolvidos na área da saúde nos três campos, no entanto, é sobretudo na sua concepção de conhecimento do senso comum e no estudo dos impactos da formação das representações nos eventos e práticas imediatas que a interface entre essas duas disciplinas vem se estabelecendo.

Buscando identificar as especificidades e os planos de apropriação do referencial teórico das representações sociais no campo da saúde, pode-se observar três dimensões que vêm contribuindo para a constituição de um novo paradigma no campo da saúde pública, especialmente para a afirmação teórica do movimento de promoção da saúde.

A primeira dimensão refere-se à representação social tomada num plano individual, na sua concepção de conhecimento vulgarizado, instrumental explicativo de objetos de carácter intra e interindividual, tais como as significações e ações dos sujeitos em relação à sua saúde, ou as formas de apreensão de determinadas doenças como, por exemplo, a hipertensão, a AIDS, a tuberculose e a hanseníase. Nessa perspectiva, a representação social é tomada como conhecimento do senso comum, na sua dimensão de atitudes, valores e práticas.

Observa-se aqui uma primeira possibilidade de articulação da teoria de representação social com os paradigmas de promoção da saúde, na concepção de auto-determinação dos sujeitos como produtores de conhecimento e determinantes de práticas de saúde. Isto pode ser evidenciado na afirmação de que a proposta de promoção da saúde requer o planeamento de ações tecnicamente viáveis e adequadas à realidade apresentada sem, no entanto, esquecer a dignidade e o papel de ser ativo assumido pelos sujeitos individuais e pelos sujeitos coletivos (MINISTÉRIO, 1996).

Nessa perspectiva, a subjetividade passa a ser partícipe das ações cotidianas de saúde, contribuindo com explicações do processo saúde-doença calcadas no conhecimento do senso comum, bem como com significações particulares que participam da determinação de processos grupais de promoção, prevenção e cura.

A segunda dimensão refere-se à apropriação da teoria de representação social num plano institucional ou posicional, buscando a articulação desse referencial teórico com a prática profissional. Neste particular, o que é enfocado é o papel das posições institucionais na formação das representações e no estabelecimento de relações de poder. Busca-se a apreensão do conhecimento constituído pelos profissionais de saúde sobre os objetos do cotidiano e a compreensão da relação estabelecida por essa forma de conhecimento com os usuários dos serviços de saúde. O que importa compreender aqui é o papel das posições institucionais na formação e transformação do conhecimento do senso comum.

Observa-se aqui um segundo nível de articulação possível entre os dois campos teóricos, qual seja, o das instituições de saúde concebidas como capazes de estabelecer relações dialéticas com os usuários, rompendo a tradição de um saber hegemônico no campo da saúde e reconhecendo a existência de uma forma particular de saber que se coloca no plano do senso comum. Dessa forma, rompendo com a dicotomia usualmente

estabelecida entre os profissionais de saúde, tomados como detentores do saber, e a população usuária dos serviços de saúde, concebida como aquela que nada sabe (OLIVEIRA, 1996).

Um aspecto paradigmático da proposta de promoção da saúde considera que um primeiro passo para a aproximação entre os interesses das instituições de saúde e das comunidades, implica que essa população se constitua como sujeito, para que possa propor e gerir mudanças que considere o contexto e as circunstâncias nas quais se pretenda a mudança. Ainda, que as instituições possam entender-se como diferentes e não superiores aos usuários, com interesses específicos, capitais (simbólicos e materiais) também particulares, diferentes maneiras de entender os problemas e as ações e que ambos estejam capacitados para ouvir e se fazer ouvir.

A terceira dimensão das representações sociais na sua aplicação à área da saúde refere-se a um plano comunitário. Nesse particular os estudos envolvem o uso da teoria de representação social para a compreensão do conhecimento coletivo no campo da saúde e para a instrumentalização dos grupos sociais para a tomada de decisão, faceta característica do campo de atuação da saúde coletiva. Nessa abordagem, os estudos enfocam as representações sociais na sua articulação com as práticas sociais e na constituição do pensamento coletivo.

O terceiro nível de articulação da representação social com os paradigmas da saúde pode ser destacado na afirmação observada no movimento de promoção da saúde de que as novas formas de intervenção preconizadas colocam ênfase absoluta no trabalho comunitário, visando a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação e controle do processo decisório. Deve-se destacar que a viabilização da participação efetiva, pressupõe a não subordinação dos agentes sociais e lideranças comunitárias à lógica científica. Implica, como pressuposto básico, na negociação de saberes e prioridades, constituídos a partir de universos opostos, os universos consensual e o reificado, e é na explicitação desses dois universos que a teoria de representação social coloca-se como opção teórica privilegiada (SÁ, 1996).

Na perspectiva colocada, para o movimento de promoção da saúde os protagonistas das ações de saúde devem ser grupos sociais adequadamente preparados para controlar os fatores determinantes da sua saúde, estes concebidos como formas políticas e culturais que

determinam o aparecimento de processos destrutivos para a saúde, em detrimento de processos protetores (BREILH, 1996). Observa-se aqui a necessidade de intercambiar os universos consensual e reificado para a viabilização de uma ação efetiva de controle desses processos por parte dos grupos sociais.

Dessa forma o que está sendo priorizado é o processo de negociação que se trava na teia social, uma vez que é nele que os indivíduos podem ordenar seus saberes e reconhecer o seu valor, o valor dos outros, seu poder e o poder dos outros. Esse processo caracteriza-se por um contínuo atuar e refletir, na busca de superações necessárias para que os sujeitos individuais e coletivos possam entender melhor seu passado e presente, formular seus próprios futuros e governar o seu presente.

O esforço de articulação dessas três dimensões parece necessário para o reconhecimento dos aspectos complementares das duas vertentes teóricas abordadas. A constituição de um novo paradigma de saúde implica na criação de modelos teóricos (epidemiológicos e sociais) de explicação que possam produzir diagnósticos que atendam às novas necessidades colocadas. Nos países em desenvolvimento, para se fornecer subsídios para análise/superação da exclusão social, impõe-se a necessidade de formulação de um modelo teórico de tipo novo, que possa dar conta da subjetividade implicada na saúde, e é nesta interface que a teoria de representação social encontra seu campo mais profícuo.

Considerações finais e impasses para a pesquisa

A problemática das representações sociais vem permeando diversas áreas de conhecimento nas ciências sociais e humanas, às quais, por natureza, é mais afeita. Sua abordagem nas ciências da saúde é mais recente uma vez que, durante muito tempo, essa área se manteve distanciada da esfera do social e da esfera do simbólico, em decorrência de sua própria trajetória histórica.

Os desafios que se colocam no atual momento para os estudos amparados na teoria de representação social no campo da saúde são, especialmente, a articulação da teoria com os paradigmas das áreas onde a mesma é utilizada; o rompimento com a tradição de estudos descritivos; o rompimento com a falsa oposição quali-quantitativo; e finalmente o desafio do refinamento epistemológico.

Esses e outros problemas que acompanham a constituição de um campo interdisciplinar merecem ser destacados, particularmente aqueles que se apresentam nos estudos caracterizados pela interface representações sociais e saúde:

. Crítica epistemológica: observa-se uma não articulação da teoria de representação social com os paradigmas do campo da saúde hoje, o que impõe a necessidade de um refinamento epistemológico, tanto dentro da psicologia social, em função da tomada do objeto saúde como objeto social relevante para psicólogos sociais, quanto para os profissionais da saúde que lançam mão da teoria, ou do conceito, como referencial explicativo das realidades analisadas. As articulações paradigmáticas referidas anteriormente, revelam possibilidades e limites para a utilização da teoria de representação social no campo da saúde, na medida que traz implicações para as relações sujeito-objeto, objetivo-subjetivo e individual-coletivo, além da visão de mundo adotada pelo pesquisador.

. Isolamento do conceito - uso instrumental: o primeiro ponto, e que traz conseqüências para o desenvolvimento metodológico, é que a representação social vem sendo tomada como conceito isolado, desligado dos liames teóricos que sustentam a teoria. O seu uso vem se dando de forma instrumental, sem considerar que a utilização da teoria tem aplicações específicas. No campo da saúde, sua grande contribuição está no suporte teórico para a compreensão de objetos de estudo que só podem assumir sentido na articulação entre a objetividade e a subjetividade dos eventos estudados, na articulação entre a psicologia social e as diversas áreas da saúde e da saúde coletiva. Isto implica no desvendamento de facetas específicas dos objetos de estudo tratados, na reafirmação de uma subjetividade coletiva como partícipe da constituição da realidade, da determinação das práticas e do resultado dos processos de intervenção em saúde.

. Dificuldade de recorte do objeto de pesquisa: observa-se uma dificuldade de especificação do objeto nas pesquisas em saúde, como conseqüência da tomada da teoria de representação social como conceito isolado, muitas vezes restrita à sua dimensão de imagem ou de conteúdo subjetivo não especificado. A relevância

social do objeto e a sua especificidade nem sempre ficam adequadamente definidos nos estudos observados. Dessa forma, coloca-se a necessidade de que os objetos de pesquisa sejam constituídos a partir do seu caráter social e da existência de uma construção simbólica sobre os mesmos por parte dos grupos sociais que com eles interagem e que os constroem (SÁ, 1998).

· Representação Social tomada como difusão e circulação das idéias e dos conceitos: neste ponto destaca-se a necessidade de compreensão de que a utilização da teoria no campo da saúde, e particularmente no Brasil, passa por um recorte específico. A funcionalidade do conceito de representação social está na sua utilização como elemento que possibilita a difusão e a circulação das idéias e dos conceitos pertinentes aos universos reificado e consensual, ao mesmo tempo que permite delimitar as implicações dessas idéias para as práticas científicas e profanas. Desta forma, a utilização da teoria traz uma grande contribuição para a instrumentalização dos estudos que buscam a transformação social, recorte esse particular das pesquisas em saúde pública. Neste aspecto, sua utilização na América Latina diferencia-se da abordagem européia.

· Arcabouço teórico da sociologia: como questão associada à própria origem do conceito de representação a partir de Dürkeim, observa-se a tomada isolada do conceito de representação social distanciado do quadro teórico no qual foi constituído dentro da psicologia social. Observa-se, com maior freqüência, a tomada do conceito no arcabouço teórico da sociologia, sem que o pesquisador tenha uma clara definição dos limites e especificidades teóricas e metodológicas de cada uma das disciplinas referidas. Longe de caracterizar um trabalho interdisciplinar, coloca-se muito mais uma questão de não especificação teórica de um conceito, ou de uma fraca adesão de determinado objeto à teoria escolhida para a sua explicação.

Entende-se que as dificuldades apontadas configuram um esforço de constituição de um trabalho interdisciplinar na área da saúde, num momento de falência de dogmas e de mitos explicativos. Dessa forma, deve-se reconhecer que a constituição de uma interdisciplina é trabalho

coletivo e criativo, que se coloca como desafio para os pesquisadores que buscam a pluralidade na explicação dos fatos e eventos sociais e naturais.

Finalmente, em decorrência dos impasses destacados e do recorte específico cunhado pela teoria de representação social na sua interface com a saúde, coloca-se a necessidade de que o pesquisador se debruce sobre pelo menos três problemas fundamentais ao optar pelo desenvolvimento de um projeto de pesquisa utilizando a teoria de representação social: o adequado recorte do objeto pesquisado; a opção pelo uso da teoria como instrumento de transformação social; a decisão sobre a focalização intra ou interindividual, a focalização institucional ou a focalização comunitária. Essas são decisões que se impõem e que vão determinar as opções metodológicas e o perfil dos estudos no campo da saúde.

Referências bibliográficas

- ABRIC, J. C. *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset : Del Val, 1987.
- _____. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France, 1994.
- BARROS, E. Política de Saúde no Brasil: a Universalidade Tardia como Possibilidade de Construção do Novo. *Ciê&Scoletiva* 1(1), 1996.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro : Difel/Bertrand, 1989.
- BREILH, J. *El Genero entrefuegos: inequidad y esperanza*. Quito : CEAS, 1996.
- CAMPOS, G. W. S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo : Hucitec, 1991.
- CARRARA, P. V. Entre Cientistas e Bruxos. In: MINAYO, M. C. & ALVES, P. C. (Org. s.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994.
- CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis - Saúde e Cidadania na Pós-Modernidade. *Ciê&Scoletiva*, 1(1), 1996.
- COSTA, N. R. Políticas Sociais e Crise do Estado: Relativizando Crenças Cognitivas. *Ciê&Scoletiva* 1(1), 1996.
- DOISE, W. Les représentations sociales: définition d'un concept. In: DOISE, W. & PALMONARI, A. (ed.). *L'étude des représentations sociales*. Paris : Delachaux & Niestlé, 1986.

- FERRAZ, S. T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde em Debate*, 41:45-49, 1993.
- FONSECA, E. G. *Vícios privados, benefícios públicos?* São Paulo : Companhia das Letras, 1994.
- GARRETT, L. *A próxima peste*. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1995.
- HERZLICH, C. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton, 1969.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1975.
- JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: _____ (ed.). *Les représentations sociales*, Paris : PUF, 1989.
- JUNQUEIRA, L. A. P. A descentralização e a gestão municipal da política de saúde. *Ciê&Sociedade* 1(1), 1996.
- MARQUES, M. B. Doenças infecciosas emergentes no reino da complexidade: implicações para as políticas científicas e tecnológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3):361-388, 1995.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA Fº, R. C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde Debate*, (33): 83-9, 1991.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, 1996.
- MORICONI, I. *A provocação pós-moderna*. Rio de Janeiro : Diadorim/ UERJ, 1994.
- MOSCOVICI, S. Préface. In: HERZLICH, C. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton, 1969.
- _____. *La Psychanalyse son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France, 1976.
- _____. L'ère des représentations sociales. In: DOISE, W. & PALMONARI, G. (ed.). *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1986.
- OLIVEIRA, D. C. *A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais*. (Tese de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP), 1996.
- ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Le Projet Ville-Santé de L'OMS*. Rennes : Centre Collaborateur O. M. S. de Rennes, 1993.
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.). *O processo social de mudança das práticas*

sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec-ABRASCO, 1993.

SÁ, C. P. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis : Vozes. 1996.

_____. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, EdUERJ, 1998.

SABROZA, P. C. *Saúde Pública: procurando os limites da crise*. Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ, 1994.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. Porto : Edições Afrontamento, 1994.

SCHRAMM, F. R. Equidade na alocação de recursos e vigência da cultura dos limites: um dilema moral para a Saúde Pública. *V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, V Congresso Paulista de Saúde Pública, Anais*, p. 45-58. São Paulo/Rio de Janeiro : ABRASCO-APSP-FSP/USP, 1997.

TESSER, C. D. A clínica, a epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando os modelos assistenciais. *Saúde Debate*, (45):38-42, 1994.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. & OLIVEIRA, D. C. (Org.s.). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*, p. 1-26. Goiânia : AB Editora, 1998.