

DALILA CASTELLIANO DE VASCONCELOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MIGRAÇÃO:
UM ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE
SAÚDE, DOENÇA E AMBIENTE**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2010**

DALILA CASTELLIANO DE VASCONCELOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MIGRAÇÃO:
UM ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE
SAÚDE, DOENÇA E AMBIENTE**

*Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Psicologia da Universidade
Católica Dom Bosco, como exigência parcial
para obtenção do título de Mestre em
Psicologia, Área de concentração:
Psicologia da Saúde, sob orientação da
Prof^a. Dr^a. Angela Elizabeth Lapa Coêlho.*

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2010**

Ficha catalográfica

Vasconcelos, Dalila Castelliano

V331r Representações sociais e migração: um estudo sobre a relação entre saúde, doença e ambiente / Dalila Castelliano de Vasconcelos; orientação Angela Elizabeth Lapa Coêlho. 2010.

214 f. + anexos

Dissertação (Mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2010

1. Representações sociais 2. Doenças – Aspectos psicológicos
3. Psicologia ambiental 4. Migração I. Coelho, Angela Elizabeth Lapa
II. Título

CDD – 616.08

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757

A dissertação apresentada por **DALILA CASTELLIANO DE VASCONCELOS**, intitulada “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MIGRAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE, DOENÇA E AMBIENTE**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr^a Angela Elizabeth Lapa Coêlho – UCDB (orientadora)

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto – PUC - Goiás

Prof Dr^a Anita Guazzelli Bernardes – UCDB

Prof Dr^a Heloísa Bruna Grubits Freire – UCDB

Campo Grande-MS, 03 de Março de 2010.

Dedico este trabalho as minhas amigas, Vera e Juliana, e aos meus pais, Simone e Marcelo, por terem tornado possível a realização desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela minha atual existência e por ter me dado às condições necessárias para a realização dos meus sonhos.

À meus pais e irmãos por todo amor e apoio que recebi durante toda minha vida.

À Doutora Angela Elizabeth Lapa Coêlho, minha orientadora, que me ofereceu grandes ensinamentos como uma amiga com características de mãe.

Às minhas amigas Vera Girdelli e Juliana Sampaio, e suas respectivas famílias que, com carinho e compreensão, me apoiaram nessa caminhada.

À professora Jacy Corrêa Curado, pelo de exemplo de profissionalismo.

À minha psicoterapeuta Adriane Rita Lobo Cambará por todo apoio recebido.

Às professoras Dr^a Anita Guazzelli Bernardes e Dr^a Heloisa Bruna Grubits Freire, por aceitarem compor a banca examinadora, oferecendo seus conhecimentos à finalização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto, por compor a banca examinadora e dedicar seu tempo e atenção à elaboração final desse trabalho.

Aos moradores do Bairro Jardim Aeroporto, que fizeram parte desse estudo.

À toda equipe da EMHA e do CRAS Albino Coimbra Filho, que tornaram possível a realização desse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio no financiamento deste estudo.

Às minhas amigas, Natália Lins, Caroline Lucena e Érica Teodoro por ter me propiciado conversas longamente apaixonantes sobre nosso amor em comum que é a Psicologia.

O todo sem a parte não é todo,
A parte sem o todo não é parte,
Mas se a parte o faz todo, sendo parte,
Não se diga, que é parte, sendo todo.

(Gregório de Matos)

RESUMO

A condição de saúde da população é fortemente influenciada por fatores ambientais e socioculturais. O objetivo desta pesquisa foi identificar as representações sociais de saúde e doença e a relação com o ambiente para um grupo de migrantes da cidade de Campo Grande, MS. Participaram da pesquisa 19 migrantes, de ambos os sexos e com média de idade de 63, beneficiados pelo Projeto “Mudando para Melhor Imbirussu-Serradinho”, coordenado pela Empresa Municipal de Habitação (EMHA). Os participantes moravam em uma área de risco, às margens do córrego e, após o projeto, foi remanejada para uma área urbana. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi uma entrevista estruturada com questões sobre dados sociodemográficos, saúde, doença, questões ambientais e o modo como os migrantes se percebem nesse processo. Os participantes revelaram que o que mais valorizam na vida é ter saúde e ter uma casa, porém não fazem uma relação entre ambas, pois muitos participantes afirmaram que a mudança de local de moradia não interferiu na sua saúde. Isso pode estar relacionado ao entendimento da saúde como um estado, e não como um processo, revelando a influência do modelo biomédico. A RS de saúde esteve associada à possibilidade de realizar certas atividades, a ter autonomia e manter sua independência. Já a representação de doença foi o inverso do que foi definido como saúde, além de ser algo muito triste e ser causada por fatores psicológicos. Alguns relatos sinalizaram as concepções sobre a falta de controle frente o processo de adoecer. Esse entendimento da saúde e doença revela que os participantes não consideram as fases assintomáticas de determinadas doenças, o que pode dificultar a adoção de comportamentos preventivos e manutenção de hábitos saudáveis. A respeito de quem seria o responsável pela saúde da população, os participantes destacaram três responsáveis: Deus, o médico e a própria pessoa. No entanto nenhum participante definiu mais de dois responsáveis pela saúde, não citou outros profissionais de saúde além dos médicos e nenhum destacou a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, o que pode dificultar a reivindicação por melhores condições ambientais e serviços de saúde. Associado a esse fato, os participantes relataram que a mudança de local de moradia propiciou-lhes um melhor acesso a serviços sociais e de saúde. Trabalhar com essa temática pode contribuir na otimização de futuros projetos que envolvam o processo de migração de populações (remanejamentos, acampamentos e assentamentos), visto que isso pode indicar formas para maximizar a adesão da população a esses projetos. Além disso, identificar como as pessoas percebem a relação entre saúde e ambiente pode contribuir no desenvolvimento de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, articuladas à conscientização ambiental, que busque estabelecer parcerias entre a sociedade civil e política.

Palavras-chave: Representações sociais; processo saúde - doença; ambiente; migração.

ABSTRACT

The population's health condition is strongly influenced by environmental and social-cultural factors. The objective of this study was to identify the social representations of health and illness and the relationship with the environment for a group of migrants from Campo Grande, MS. Nineteen migrants, both sexes and with average age 63 years, who were benefited by the Project "*Mudando para Melhor Imbirussu-Serradinho*", coordinated by *Empresa Municipal de Habitação (EMHA)*, participated on this research. The participants used to live in a risk area, at the margin of a stream, and after the project, they were placed at an urban area. The instrument used to collect the data was a structured interview with questions about social-demographics data, health, illness, environmental issues and the way how the migrants see themselves in this process. The participants revealed that what they most valued was to be healthy and have a house, however, they did not associate both, and many participants stated that the replacement did not interfere with their health. This can be related to the understanding of health as a state, and not as a process, revealing the influence of the biomedical model. The social representations of health were associated with the possibility of carry out certain activities, to have autonomy and to keep their independence. The social representation of illness was the opposite of what they defined as health, besides being something very sad and caused by psychological factors. Some descriptions showed the conception about the lack of control over the process of getting ill. This understanding of health and illness showed that the participants did not consider the non-symptomatic phases of some illnesses, what may be interfere with the adoption of preventive behavior and the maintenance of healthy habits. Regarding who would be responsible for the population's health, the participants listed three: God, the doctor and themselves. None of the participants defined more than two who were responsible for their health. They did not mention other health professionals and did not point out health as their right and duty of the State, what may difficult the fight for better environmental conditions and health services. The participants also revealed that the change regarding their living place promote better access to social and health services. Working with this theme can contribute to the improvement of future projects which involve the migration process of populations (replacements, camping and settlements), considering that it can indicate ways to maximize the population adhesion to these projects. Besides, to identify how people perceive the relation between health and environment, may contribute to the development of strategies related to the prevention of illness and health promotion, articulated to an environmental consciousness, which seeks to establish partnerships between the civilian and political societies.

Key-words: Social Representations; health – illness process; environment; migration.

LISTA DE SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

ONGs - Organizações Não Governamentais

SINVSA - Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental

UCDB - Universidade Católica Dom Bosco

CRAS - Centro de Referência e Apoio Social

RS - Representações Sociais

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

OMS - Organização Mundial da Saúde

CNS - VIII Conferência Nacional da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

CRP - Conselho Federal de Psicologia

PSF - Programa Saúde da Família

FAFICH - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

RBHS - Rede Brasileira da Habitação Saudável

APA - Atenção Primária Ambiental

CETREMI - Centros de Triagem e Encaminhamento de Migrantes

CETREN - Central de Triagem e Encaminhamento

PMT - Projeto Migrante Trabalhador

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

F – Feminino

M – Masculino

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Local de nascimento dos participantes.....	156
Quadro 2 – O que os participantes mais valorizam na vida.....	187
Quadro 3 – Fatores que interferiram na saúde dos participantes depois da mudança de local de moradia.....	194

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos dos participantes da pesquisa considerando: idade; sexo; estado civil; estudo; ocupação; religião e prática religiosa.....	144
Tabela 2 - Dados sócio-demográficos dos participantes da pesquisa considerando: tempo de moradia, com quem mora e respectivas idades e renda familiar.....	146

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista.....	216
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	218

ANEXO

ANEXO 1 – Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco.....	221
---	-----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.....	22
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO DA PSICOLOGIA COM A SAÚDE.....	31
2.2.1 A psicologia da saúde.....	36
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICOLOGIA AMBIENTAL.....	46
2.3.1 Algumas reflexões sobre habitação e saúde.....	62
2.3.2 A pessoa em diferentes espaços sociais.....	71
2.4 O PROCESSO MIGRATÓRIO.....	73
2.4.1 A migração e o processo saúde-doença.....	80
2.4.2 Processo identitário e migração.....	86
2.5 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	93
2.5.1 As representações sociais e o processo saúde-doença.....	105
2.5.2 As representações sociais de temáticas ambientais	115
3 OBJETIVOS.....	129
3.1 OBJETIVO GERAL.....	130
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	130
4 MÉTODO.....	131
4.1 BREVE COMENTÁRIO SOBRE A METODOLOGIA ESCOLHIDA.....	132
4.2 LOCAL.....	135
4.3 PARTICIPANTES.....	135

4.4 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO “MUDANDO PARA MELHOR IMBIRUSSU – SERRADINHO”	136
4.4.1 Perfil da área beneficiada pelo projeto “Mudando Para Melhor Imbirussu – Serradinho”	136
4.4.2 Caracterização da população beneficiada pelo projeto “Mudando Para Melhor Imbirussu – Serradinho”	137
4.5 INSTRUMENTO.....	137
4.6 MATERIAL.....	138
4.7 PROCEDIMENTO E ASPECTOS ÉTICOS	138
4.8 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	140
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	141
5.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES.....	142
5.2 O PROCESSO MIGRATÓRIO: DO ANTIGO AO NOVO LOCAL DE MORADIA.....	150
5.2.1 Motivo de viver a beira do córrego.....	151
5.2.2 Outros movimentos migratórios e a importância das redes sociais de apoio.....	155
5.2.3 O antigo local de moradia.....	160
5.2.4 Motivos de não querer se mudar	166
5.2.4.1 O processo de apropriação.....	168
5.2.5 A mudança de local de moradia.....	173
5.3 COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE- DOENÇA.....	175
5.3.1 Representações sociais de saúde.....	175

5.3.2 Representações sociais de doença.....	180
5.3.3 Responsável pela saúde.....	183
5.4 O AMBIENTE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	187
5.4.1 Sugestões dos participantes para uma melhor interação entre a pessoa e o ambiente.....	194
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
REFERÊNCIAS.....	204
APÊNDICE.....	215
ANEXO.....	220

A sociedade moderna, em busca do crescimento econômico e social, modificou drasticamente o ambiente. Atualmente o que se vê é que o ser humano sofre com tais alterações, uma vez que elas interferem no seu bem-estar e na sua saúde. Essas alterações, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), elevam os custos no tratamento de doenças que são previsíveis.

Ao situar o processo saúde-doença em um contexto social, como também ao compreender que a forma de se relacionar com o ambiente interfere na saúde, gera-se o interesse de pesquisar como as pessoas percebem a relação entre saúde e ambiente. A partir disso, considera-se importante pesquisar sobre essa percepção em migrantes, que vivenciaram um processo de mudança de local de moradia.

Este trabalho considera duas questões fundamentais para os tempos atuais. A primeira são as relações entre saúde e ambiente, com que Organizações Não Governamentais (ONGs) e governantes de diversas nações têm se preocupado. A segunda é o desenvolvimento dessa temática em relação a migrantes, pois, com as necessidades econômicas e o fenômeno da globalização, um número cada vez maior da população se torna migrante. E de acordo com Pereira (2001), o estado do Mato Grosso do Sul, e não os estados da região sul do país, é o primeiro em procedência e destino, entre as pessoas que foram atendidas pelo Centro de Triagem e Encaminhamento ao Migrante de Campo Grande- MS. O número de estudos que trabalham com o processo migratório na área de Psicologia ainda é reduzido, pois tal assunto é mais amplamente estudado por demógrafos e sociólogos.

Além disso, a compreensão de como os migrantes relacionam o ambiente com a saúde pode oferecer subsídios para futuros trabalhos desenvolvidos com essa população, uma vez que poderão realizar campanhas baseadas no entendimento da própria comunidade. Isso, possivelmente, tornará o trabalho mais eficaz, por estar situado histórico, social e culturalmente, pois partirá da rede de representações sociais da população, concebendo o assunto de forma contextualizada.

O interesse em trabalhar com a população que migrou para a região urbana do bairro Jardim Aeroporto ocorre devido a um prévio conhecimento desta pesquisadora relativo a essa população. Ao longo do ano de 2007, ao realizar estágio curricular em Processos de Prevenção em Saúde, com enfoque em

Comunidades, do Curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), esta pesquisadora conduziu oficinas com um grupo de idosos que frequentavam, no bairro Jardim Aeroporto, o Centro de Referência e Apoio Social (CRAS), que realiza encontros semanais com os idosos. A pesquisadora então ficou responsável por conduzir, de forma quinzenal, dois dos quatro encontros que ocorria por mês.

O trabalho desempenhado nesses encontros visava desenvolver estratégias de empoderamento junto aos moradores, para que eles pudessem reconhecer suas dificuldades buscando formas de enfrentamento coletivas, por meio de metodologias participativas que tratassem de temáticas transversais (migração, preconceito, moradia, etc.). Foram realizadas oficinas de identidade e meio ambiente, para possibilitar aos moradores um entendimento mais amplo sobre o processo identitário dos mesmos e um sentimento de pertencimento a sua comunidade. Muitos desses participantes haviam sido beneficiados pelo Projeto “Mudando para Melhor Imbirussu Serradinho”, um projeto habitacional que remanejou para a área urbana da região as pessoas moradoras às margens do córrego Imbirussu-Serradinho.

Além disso, a própria pesquisadora vivenciou um processo migratório ao sair da Paraíba e vir residir na cidade de Campo Grande. Isso a fez refletir sobre diferentes possibilidades de vivenciar o processo migratório. A partir de então, surgiu o interesse em pesquisar como as pessoas desse grupo, que foram beneficiadas pelo Projeto habitacional, compreendem a relação entre saúde e ambiente.

Para a realização desta pesquisa, foi utilizada a Teoria das Representações Sociais. De acordo com Spink (1993), as Representações Sociais (RS) tratam essencialmente de fenômenos sociais, que contribuem para a criação de uma realidade comum que possibilita a comunicação, os processos de significação e as próprias relações sociais.

Dessa forma, o presente trabalho está dividido basicamente em cinco capítulos. O primeiro corresponde a essa breve introdução. O segundo refere-se à fundamentação teórica, que apresenta reflexões sobre o processo saúde-doença e a Psicologia da Saúde; considerações sobre a Psicologia Ambiental, incluindo a relação entre a habitação e a saúde, assim como a pessoa e os diferentes espaços sociais; o processo migratório em que é abordada sua relação com o processo

saúde-doença e a identidade; e, ao final desse capítulo, é apresentada a Teoria das Representações Sociais com estudos relativos ao processo saúde-doença e as temáticas ambientais.

No terceiro capítulo, apresenta-se o objetivo geral e os específicos da pesquisa e, no quarto capítulo, comenta-se sobre a sua metodologia. O quinto refere-se aos resultados da pesquisa, assim como a sua discussão. Ao final, apresenta-se as conclusões e as considerações finais desse trabalho.

O presente estudo reuniu algumas contribuições teóricas que abordassem os temas saúde e ambiente. A Psicologia da Saúde e a Psicologia Ambiental são respectivamente as áreas, dentro da Psicologia, que trabalham mais diretamente com esses temas. A relação entre saúde e ambiente foi trabalhada com uma população que tinha a vivência em comum de terem passado por um processo de mudança de local de moradia. Dessa forma, surgiu a necessidade de apresentar algumas contribuições de estudos que abordassem também o processo de migração.

Esses assuntos foram considerados a partir da Teoria das Representações Sociais. Assim, apresentam-se a seguir algumas contribuições e especificidades dessas áreas e teorias ao trabalharem com temas como processo saúde-doença, processo de migração e ambiente, pois, ao tratar de objetos inerentes à vivência das pessoas e trabalhado por tantas outras áreas de estudo, apresenta-se a necessidade de situar teoricamente de onde o presente estudo partiu e sob que perspectiva, ao considerar o assunto pesquisado.

2.1 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O presente trabalho enfoca a relação da saúde com o ambiente. Assim, torna-se necessário comentar a respeito de como o conceito de saúde vem sendo compreendido e como esta vem sendo considerada atualmente pela Psicologia da Saúde.

As ciências médicas vêm, continuamente, expandindo seu conhecimento a respeito do corpo e do processo de doença, propiciando uma maior expectativa de vida para a população. Porém tal aumento não deve estar associado, exclusivamente, a esses avanços, mas também às mudanças no estilo de vida, das condições sanitárias e nutricionais que a maioria dos países industrializados vivenciou nas últimas décadas (STROEBE; STROEBE, 1995).

Disciplinas relacionadas às ciências humanas e sociais, e juntamente as ciências médicas, vêm contribuindo na ampliação do entendimento sobre os chamados processos normal e patológico, e sobre a forma como esses conceitos vêm sendo utilizados em seu uso político e ideológico (MATTA; CAMARGO JR, 2007). Dessa forma, é necessário conhecer como se constrói o processo saúde-

doença ao longo da história, e como a Psicologia apresenta suas contribuições nesse contexto.

De acordo com Spink (2003), há muito tempo, no Ocidente e no Oriente, a história da associação entre o corpo e a mente, e entre o comportamento e a saúde, sempre foi permeada pelo entendimento da doença, então compreendida como um desequilíbrio intraindivíduo ou entre a pessoa e o cosmos. Percebe-se assim que a dimensão espiritual estava bastante presente.

Entretanto, Pessini e Barchifontaine (2002) afirmam que a forma como as pessoas definem o que é saúde e doença foi mudando ao longo da história. Assim os autores definem três momentos históricos distintos na compreensão desses conceitos. O primeiro momento é a cultura primitiva, que compreende o estado de saúde como “graça”, e o de doença, como “desgraça”, período esse em que tal entendimento estava relacionado à noção de pecado. O segundo momento, a cultura antiga, corresponde ao entendimento da saúde como “ordem”, e a doença, como “desordem”, que estão respectivamente embasadas em uma cultura grega que interpreta a realidade em termos de “natural” e “antinatural”. A partir do entendimento de que a desordem também é natural, é que, na cultura moderna, a saúde passa a ser entendida como “felicidade”, e a doença, como “infelicidade”. Embasado no entendimento de que a natureza não é sinônimo de ordem, já que desordem faz parte da natureza, é que se torna possível aplicar ao processo e adoecimento os métodos das ciências naturais.

De acordo com Stroebe e Stroebe (1995), durante muito tempo, o modelo biomédico foi o que dominou na compreensão da saúde e da doença. Tal modelo acredita que toda doença tem uma causa objetiva, primária e identificável. Os fatores comportamentais não eram considerados como causas potenciais do adoecimento; logo, eles não faziam parte do diagnóstico e tratamento das patologias. Não cabe ao médico, nesse modelo, preocupar-se com aspectos psicossociais da saúde e da doença. Sendo assim, no modelo biomédico, não há a necessidade de considerar os aspectos psicossociais do adoecimento e, dessa forma, esse modelo oferece pouca contribuição para a prevenção das doenças. Nele, o estilo de vida das pessoas não é considerado como um fator que influencia o processo saúde-doença.

Segundo Matta e Camargo Jr. (2007), as Ciências Humanas, Sociais e Médicas, ao criticarem o modelo biomédico, considerando que o processo saúde/doença não se limita a uma descrição anátomo-fisiológica, indicam que existem outras causas para o processo de adoecimento. A Biomedicina pode ser compreendida como a descrição do processo saúde-doença a partir das Ciências Biológicas que restringem o processo saúde-doença aos aspectos anátomo-patológicos e microbiológicos. A base do conhecimento médico moderno foi pautada em duas vertentes: a primeira foi a anátomo-clínica, baseada em uma Medicina individual, que busca produzir conhecimentos científicos objetivos, universalistas e deterministas; a segunda, desenvolvida na segunda metade do século XIX, por Pasteur, considera que agentes etiopatogênicos podem afetar os tecidos, os órgãos e o corpo, remetendo assim o processo saúde-doença a uma causa externa ao organismo, a qual se encontra no meio ambiente e é invisível aos olhos dos leigos. O modelo médico moderno “[...] sob a égide da neutralidade e elitização do saber científico, impôs suas descrições e o seu método de produção de verdades, construindo uma versão hegemônica de categorias como vida/morte, saúde/doença, normal/patológico.” (MATTA; CAMARGO JR, 2007, p.132).

Após as descobertas de Pasteur, surge no Brasil o Movimento Sanitarista com importantes representantes, dentre os quais o mais conhecido foi Osvaldo Cruz. O sanitarista dedica-se a problemas de saúde pública buscando combater os micróbios que podem estar em qualquer lugar, como na água, no ar e inclusive nas pessoas. A autoridade do sanitarista nasce da verdade científica que, com o objetivo de sanear, de limpar, utiliza-se de recursos como isolamento, quarentena e cordão sanitário. O saneamento era uma verdadeira causa que acabou por criar a liga Pró-Saneamento que contribuiu e defendeu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920 (SEBASTIANI, 2000).

Em 1930, no Brasil, a assistência médica era prestada aos trabalhadores e suas famílias principalmente por órgãos previdenciários. Nesse momento, houve um aceleração do processo de industrialização e urbanização, assim fortalecendo-se uma cisão entre intervenção primária e curativa, e entre a saúde pública e a assistência médica. As ações de saúde que dão ênfase ao modelo clínico/assistencialista acabam por criar um rompimento com as atividades relacionadas à saúde coletiva, marginalizando a saúde pública e o enfoque

epidemiológico, que prioriza o modelo sanitário. Paralelo a isso, a assistência à saúde, a previdência e as ciências da saúde em sua formação profissional deram ênfase e incentivo aos investimentos financeiros privados no modelo hospitalar (SEBASTIANI, 2000).

Diante da necessidade de planejar ações em saúde, individual ou coletiva, surge a necessidade de definir o que é saúde. De acordo com Scliar (2002, p. 93), a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, definiu a saúde como “[...] o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade.” O autor considera que à parte da definição ‘não apenas a ausência de enfermidade’ refere-se, provavelmente, a um entendimento anterior da população a respeito do que é saúde e afirma que se trata de um conceito de difícil quantificação. Scliar (2002) e Segre e Ferraz (1997) fazem uma crítica a este conceito de saúde, afirmando que a palavra bem-estar é um componente subjetivo.

Sobre a definição da OMS do que é saúde, Scliar (2002) refere-se ao ‘completo bem-estar’, já Segre e Ferraz (1997) se referem ao ‘perfeito bem-estar’, tal diferença pode ocorrer devida a diferentes traduções. É considerando o entendimento sobre ‘perfeito bem-estar’ que esses últimos autores comentam que essa definição sugere o bem-estar e a perfeição como conceitos que existem por si mesmos, desconsiderando o sentido dado pelo contexto, representado pela linguagem e pela experiência íntima de cada um, e ainda acrescenta que a perfeição alude a uma utopia. No entanto, segundo os autores, é importante destacar que, no momento de sua criação, ela foi muito importante e apresentava-se como avançada para a época. Entretanto, nos dias atuais, tal definição está ultrapassada porque faz uma distinção entre físico, mental e social, pois, essas categorias não podem ser consideradas separadamente, uma vez que elas interagem.

Calvetti, Muller e Nunes (2007) afirmam que a OMS discute, desde 1983, sobre a inclusão da dimensão espiritual na definição de saúde. Os autores destacam que a espiritualidade independe de crenças religiosas das pessoas, e compreende questões referentes à razão de viver e ao significado da vida.

Na década de 1970, surgiram movimentos que buscavam trabalhar a saúde como objeto científico (COELHO; FILHO, 2002). Porém a dificuldade no campo da epistemologia para definir saúde é antiga, e tal dificuldade pode estar relacionada à influência da indústria farmacêutica e de certa cultura da doença que

define a saúde como a ausência de doença. Essa definição de saúde influencia na forma como ela é tratada, que, por tal definição, aparece como uma parte do processo de cura da doença ou do não adoecimento, ou seja, a doença é sempre o foco e a referência principal.

Segundo Pessini e Barchifontaine (2002, p.112):

[...] Os seres humanos tomam consciência da saúde por meio da doença. Daí a saúde foi definida de modo negativo, como a ausência de enfermidade, silêncio dos órgãos, etc. A sabedoria popular diz que valorizamos mais a saúde quando a perdemos. É um paradoxo: um valor negativo, a doença, dota de um conteúdo positivo o de saúde.

Uma vez sendo a doença a referência principal, considera-se como intervenção pertinente o tratamento dela e, uma vez sendo a saúde o foco, poder-se-ia privilegiar ações que promovam a saúde.

Um marco no Brasil, para a compreensão da saúde, foi a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS) no ano de 1986. Ela definiu as bases para a Reforma Sanitária no Brasil e destacou alguns pontos importantes como: compreensão da saúde em uma perspectiva ampla que articula políticas sociais e econômicas; concepção da saúde como um dever do Estado e direito do cidadão; a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando como prioridade as atividades preventivas e o atendimento integral; os serviços públicos de saúde, que passam a contar com controle social e participação popular, fato esse inédito, pois, nas conferências anteriores, a sociedade civil nunca havia participado (DIMENSTEIN, 1998).

O SUS, conforme Sebastiani (2000), tem o dever de prestar atendimento de forma universal, integral, equânime e democrática a todos os seus usuários. Pode-se pensar assim que, a partir da criação do SUS, as políticas de saúde iniciaram um movimento que não considera mais as instituições de saúde como um local que deve privilegiar o corpo biológico das pessoas. Mas sim, antes de tudo, passam a considerar a saúde de forma integral, e o ser humano como uma pessoa que, além de ter um corpo, tem desejos, angústias, e tem diferentes entendimentos sobre o processo saúde-doença. A partir de então, os usuários do SUS podem, por meio de uma política pública, ser ouvidos, sendo considerados atores sociais capazes de interferir não apenas na sua própria saúde, mas também na saúde

coletiva, uma vez que podem contribuir na construção de estratégias para o melhoramento de políticas públicas em saúde.

Segundo Sebastiani (2000), no Brasil, até a década de 1980, apenas quem contribuía com a Previdência Social tinha assegurado o acesso aos cuidados com a saúde, ou seja, a saúde não era um dever do Estado nem um direito de todos. Uma vez que modificada, essa situação possibilita que surjam outros movimentos que buscam melhores condições de saúde.

Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005) afirmam que o SUS, ao ser instituído pela Constituição de 1988, não só consolidou uma nova política de saúde, ao utilizar o conceito de cidadania, sujeito de direito, etc., como também, a partir da utilização de um novo discurso sobre a saúde, ele produz subjetividade que, por sua vez, estabelece valores para a sociedade. As autoras indicam que a partir de tais práticas discursivas, entendidas aqui como um fazer cotidiano referente às relações estabelecidas entre a pessoa consigo mesma e com o mundo, é que a saúde passa a ser um dever Estado.

Coelho e Filho (2002) comentam sobre níveis conceituais de saúde: saúde primária, secundária e terciária, em que, de maneira geral, se referem respectivamente ao nível universal, particular e singular. Porém essas autoras consideram que não há obrigatoriamente uma hierarquia entre essas categorias, pois podem se referir a ideias diferentes entre si.

Para cada fase do processo saúde-doença há uma forma diferente de intervenção, como é descrita por Scliar (2002): prevenção primária, que inclui a promoção e proteção à saúde contra doenças específicas; prevenção secundária, referente ao conhecimento precoce da doença e à redução dos danos causados pela enfermidade; e terciária, que se relaciona à reabilitação do paciente, contribuindo para o não agravamento da situação de enfermidade.

Dessa forma, Coelho e Filho (2002, p.330) afirmam que a saúde não deve ser considerada por conceitos separados, mas que o conceito de saúde deve ser entendido de forma global, como:

[...] verdadeiro 'integral multinível' de norma-valor-direito-bem-função-processo-estado, considerando-se os planos de emergência coletiva e individual, dialeticamente incorporando-se também a negatividade da doença-enfermidade-patologia nos níveis primário, secundário e terciário.

Pode-se compreender assim que a saúde e a doença são um processo que inclui igualdade e diferença, particularidades e multiplicidades. Coelho e Filho (2002), a partir de uma análise do discurso contemporâneo de referência científica sobre o conceito de saúde, propõem que a saúde deve ser abordada de forma global, não dividida em mente e corpo, pois suas existências estão intimamente relacionadas entre si. Dessa forma, propõem uma interseção maior entre a “saúde psíquica” e “saúde somática”, para que se caminhe para uma concepção integral da saúde, que não restrinja e especifique como no caso da saúde mental.

A saúde não deve ser entendida como um objeto estático, mas como algo que está em constante movimento e, como tal, produz outros movimentos (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005). Assim, pode-se considerar que a forma de se compreender a saúde, enquanto conceito e enquanto uma categoria subjetiva, envolve sua dinamicidade e deve ser compreendida dentro dos múltiplos fatores que a determinam.

Nos dias atuais, conforme Scliar (2002), as condições de saúde da população melhoraram, porém poderia estar ainda melhor, pois vários avanços ocorreram no século XX na saúde pública, tal como a criação de novas vacinas e aperfeiçoamento das já existentes; descobertas de novos antibióticos e quimioterápicos; melhorias em equipamentos e insumos; importantes obras de saneamento básico; desenvolvimento de estudos epidemiológicos; ampliação no cuidado com as gestantes e as crianças; entre outros. Porém, novos desafios aparecem, doenças já controladas retornam, surgem doenças que não apresentam tratamento adequado, riscos ocupacionais; doenças decorrentes do “estilo de vida”, como alto índice de sedentarismo e dieta inadequada, entre outros.

Nesse contexto, é necessário estar atento ao que Pinheiro et al. (2002) afirmam: fatores como sexo, idade e o fato de morar em zona rural ou urbana interferem no acesso aos serviços de saúde e na forma de perceber o processo saúde-doença. Os autores comentam que, apesar de existirem barreiras no acesso aos serviços de saúde devido ao grande número de atendimentos, parece que estas são anteriores a esse momento e estão relacionadas à oferta de serviços. Como os autores, em sua pesquisa, fizeram uso da morbidade referida, percebe-se que fatores subjetivos e socioambientais se relacionam fortemente com a saúde. Considerar esses fatores comentados por Pinheiro et al. (2002) e situar o processo

saúde-doença em uma dimensão coletiva faz com que se questione a respeito de quem são essas pessoas ou grupos que formam esse coletivo, e de quais outros fatores podem excluir ou dificultar o acesso à saúde.

Diante dessa conjuntura, é que Barros (2003) comenta a respeito da situação da população indígena, sobre a qual até os dias atuais não há dados precisos, e há apenas uma produção científica ínfima sobre sua condição de saúde. As situações dos povos indígenas demonstram as desigualdades e diferenças existentes na saúde, e as diferenças entre o discurso oficial e a realidade, numa sociedade, em que “[...] a condição de classe social é estrutural e estruturante das relações sociais instituídas.” (BARROS, 2003, p. 225). De acordo com o autor, a população indígena sofre a desigualdade de classe e a diferença de etnia, e assim os desdobramentos da saúde e da doença são duplamente determinados.

Boltanski (1989) comenta sobre a forma como as relações de classe interferem na relação do médico com o paciente. Essas diferenças já se iniciam na escolha do médico pela população, ou melhor, na existência de escolha das classes mais abastada da população e na falta de escolha da população menos privilegiada. Médicos e pacientes das classes sociais menos privilegiadas têm consciência da distância social que os separa, indicando que essa relação entre paciente-médico se trata de uma relação de classe, em que o médico adota diferentes posturas de acordo com a classe social do paciente. Há uma barreira linguística que contribui para essa separação e interfere na forma de comunicação do médico que, por vezes, transmite informações de forma autoritária. Apesar de essas colocações serem apresentadas há 20 anos, é sabido que ainda nos dias atuais, apesar de alguns avanços ocorridos nesse campo, elas se fazem presentes.

A relação entre médico e paciente caracteriza-se, ou deveria se caracterizar, por uma relação dual em que uma pessoa detém um conhecimento técnico-científico e o coloca à disposição para outra; essa, por sua vez, tem a liberdade de aceitar ou não o que lhe foi passado. Porém, muitas vezes, o que ocorre é que o médico percebe tal relacionamento como uma subjugação em que ao paciente cabe obedecer. O paciente assim acaba por conceder ao médico um lugar de autoridade e de poder absoluto (SEGRE; FERRAZ, 1997).

O uso desse poder pelo médico, segundo Segre e Ferraz (1997), apresenta implicações éticas que devem ser discutidas, pois a autonomia da pessoa

deve ser respeitada. Além disso, cada pessoa, seja médico, seja paciente, pode não aceitar tais papéis e colaborar para o desenvolvimento de um relacionamento pautado no respeito e na autonomia de cada pessoa. Diante disso, Boltanski (1989) chama a atenção para as possibilidades que a figura do médico apresenta para manipular além do físico, o moral, exercendo seu poder por meios de técnicas que ampliam o sentimento de dependência e sugestão.

De acordo com Heiborn (2003), as diferentes experiências das classes sociais em relação ao cuidado com a saúde também são fortemente determinadas pelas relações de gênero. Para a autora, as relações de gênero, que se referem às construções sociais feitas a respeito do sexo (enquanto característica anátomo-fisiológica e atividade sexual), fazem com que homens e mulheres sejam afetados, no que diz respeito ao processo saúde-doença, de maneiras diferentes, e um grande desafio se apresenta na forma de articular as noções do que vêm a ser natural ou cultural, buscando um equilíbrio que não se limita a um saber reducionista fisicalista ou a um igual reducionismo sociológico.

Outra dimensão que interfere no processo saúde/doença é a raça/etnia, pois existem algumas doenças que podem ser catalogadas como raciais, em detrimento de uma predisposição genética; porém esse aspecto não pode ser o marco explicativo abrangente do processo de doença, pois a ele devem-se acrescentar as condições socioeconômicas e os aspectos culturais. Esse é o caso da população negra, que apresenta desvantagens sociais sistemáticas em relação à população branca em vários aspectos, como a desigualdade de participação no mercado de trabalho, o acesso à educação e o nível de renda (CUNHA, 2003).

Outros fatores que interferem no processo saúde-doença são os problemas sociais. A América Latina possui algumas questões em comum que interferem na saúde das pessoas e na prestação dos serviços de saúde para a população dos países dessa região, como baixa taxa de escolaridade, pobreza, deteriorização ambiental e superpopulação. Esses países, que estão em desenvolvimento, apresentam um perfil epidemiológico comum pela coexistência de doenças típicas de países desenvolvidos, como as doenças crônico-degenerativas e as taxas de desnutrição e doenças infecciosas (SEBASTIANI, 2000).

É interessante considerar também o que afirmam Coelho e Filho (2002) que os padrões de saúde e doença variam não apenas de acordo com as diferentes

sociedades, mas também de acordo com a sub-cultura e o padrão socioeconômico da pessoa que os concebe, pois, para exemplificar, médicos, curandeiros e usuários compreendem a saúde e a doença de formas diferentes.

Deve-se então considerar o que Cunha (2003, p. 241) comenta:

Portanto, entende-se o processo saúde-doença-morte não somente condicionado por fatores biológicos, mas, também, dependente dos processos sociais concretos que vão formando grupos populacionais diferenciados quanto às condições de vida, que, por sua vez, geram padrões patológicos particulares.

Assim, deve-se sempre estar atento, quando se fala em saúde, à maneira como os fatores relacionados a gênero, etnia/raça e classe social são entendidos e usados em sua dimensão política e ideológica. Faz-se necessário assim entendê-los de forma contextualizada.

O que é interessante perceber sobre como o processo saúde-doença vêm sendo construído historicamente é que, para cada entendimento sobre esse processo, há uma prática a ser desenvolvida como a melhor forma de atuação na área da saúde. Sendo assim, a definição de tais processos é relevante para o desenvolvimento da saúde enquanto produção de representações sociais a respeito da saúde e da doença. Quando se amplia o entendimento sobre o processo saúde-doença, inicia-se um diálogo entre as ciências priorizadas pelo modelo biomédico, como a Medicina e a Enfermagem, com outras áreas de conhecimento, entre elas a Psicologia, que poderia contribuir para uma visão ampliada desse processo.

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO DA PSICOLOGIA COM A SAÚDE

Antes de se comentar propriamente a respeito da Psicologia da Saúde, faz-se necessário comentar sobre o diálogo da Psicologia com o processo saúde-doença. Para isso, nesse momento utilizam-se as contribuições de alguns autores que trabalharam com essa temática, entre eles Spink (2003), Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005) e Matta e Camargo Jr. (2007).

Esses autores dividem, em diferentes eixos, o diálogo da Psicologia com a saúde. Spink (2003) divide esse diálogo em três vertentes: intraindividual, aspectos psicossociais do adoecimento e a perspectiva construcionista. Medeiros,

Bernardes e Guareschi (2005) comentam sobre outros três momentos: razão, inconsciente e psicotécnica. Já Matta e Camargo Jr. (2007) dividem em: biomedicina, psicossomática e Psicologia Social. Apesar de todos os autores comentarem sobre três vertentes, elas nem sempre correspondem ao mesmo entendimento e ao mesmo momento histórico.

Spink (2003) comenta primeiramente sobre a vertente intraindividual, em que destaca duas correntes: a psicogênese, que é proveniente da Psicanálise, que considera que a doença está relacionada a conflitos inconscientes; e as teorias da personalidade, que buscam a relação entre determinadas personalidades e certas patologias.

À medida que se compreendeu a doença com multiplicidade de causas, foi se considerando que o que antes era entendido como um determinante primário, era apenas mais um fator que contribuía para o processo de adoecimento. Assim, de acordo com Spink (2003), ao se reconhecer a multicausalidade da doença, enfatizam-se os fatores psicossociais como sendo os responsáveis pelo surgimento da patologia, dando origem à segunda vertente descrita pela autora. Nessa vertente, procuram-se relações de causalidade entre a experiência de vida e a doença desenvolvida. Esse entendimento parece estar relacionado à esfera da educação em que se procurava prevenir comportamentos de risco. Quando se considera a saúde como um dos maiores valores humanos, é importante identificar também como esses valores são construídos. Nos dias atuais, surge a terceira vertente, denominada construcionismo; de acordo com a autora, é a vertente da conscientização que surge como uma forma de privilegiar o entendimento do usuário sobre o processo saúde-doença, não privilegiando mais o entendimento do médico ou do sistema de saúde e a causalidade das doenças. Spink (2003) afirma que a doença passa a ser compreendida como um fenômeno psicossocial que foi construído historicamente e que representa a ideologia vigente, sobre a doença e o doente em certa sociedade.

Assim, a doença deixa de ser apenas uma vivência individual e passa a ser um fenômeno coletivo, legitimando, além da ótica médica, a ótica coletiva. Essa vertente passa então a confrontar o significado da experiência, que é social, e o sentido que é dado pela pessoa, que é pessoal. Nesse entendimento, as representações do processo saúde-doença são destacadas, “[...] procurando

explicitar o substrato social das construções que determinados grupos ou sociedades fazem da doença e da saúde.” (SPINK, 2003, p. 47).

Ao considerar as contribuições científicas ao longo da história, é interessante comentar a respeito de um primeiro momento que antecede a discussão da doença como foco principal, em que a função dos profissionais de saúde ainda não se restringia à cura da doença. Trata-se do momento em que tais assuntos não eram objetos de análise científica, pois ainda não ocupavam um espaço nesse cenário.

Medeiro, Bernardes e Guareschi (2005), ao comentarem sobre a história do diálogo entre a Psicologia e a saúde, discutem sobre um primeiro momento em que, o que caracterizava a saúde, eram as políticas de controle da população que visavam a questão da organização do espaço urbano baseada em aspectos sanitários. O que marca esse entendimento sobre o processo de saúde-doença são as políticas de controle social as quais definiam, como estratégia de ação, a construção de asilos, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos que visavam ao isolamento e não ao processo de cura. Ou seja, inicialmente o que ocorria era a separação entre pessoas doentes e saudáveis, e não um comprometimento do Estado com qualquer processo que visasse ao melhoramento das condições de saúde das pessoas.

Nesse primeiro momento, a saúde não era objeto de estudo da Psicologia. A Psicologia, no final do século XIX, tinha por objetivo oferecer suas contribuições no campo da ciência, descobrindo como as pessoas se tornavam sujeitos de razão. Nesse momento da história, o ser humano era comparado à espécie animal, e a consciência era o objeto de investigação que representava a diferença entre ambos. A Psicologia dedicava-se ao estudo dos processos cognitivos e conscientes que estabeleciam as formas de comportamento. A Psicologia considerava, em seus estudos de práticas laboratoriais, apenas as pessoas que não apresentavam características de adoecimento, e não fazia relações com o conceito de saúde e de cura (MEDEIRO; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

De acordo com as autoras, é por meio da psicopatologia que a Psicologia começa a tratar da saúde, considerando que o “eu” saudável é alcançado por meio da análise pessoal. Surge assim, um segundo momento, o qual estabelece uma

nova forma de a pessoa se relacionar consigo, e os processos internos são o que definem a normalidade e a anormalidade, a saúde e a doença. Esses processos internos, por sua vez, são também objetos externos que produzem verdades sobre a pessoa. Ainda nesse segundo momento, os serviços psicológicos eram marcados por uma prática elitista que não visava ao atendimento da população em geral. A Psicologia, diferentemente do primeiro momento que estuda a consciência do ser humano, passa a estudar o que o ser humano desconhece. Nesse segundo momento, há uma forte influência da Medicina na Psicologia como uma prática individualista. O que determina o modo de vida da pessoa não são seus processos conscientes, mas sim os inconscientes, é a parte que a pessoa desconhece de si mesma. Dessa forma, seria necessário que as pessoas buscassem o autoconhecimento como forma de se desenvolver como ser humano e pudessem transformar o modo como vivem (MEDEIRO; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Medeiro, Bernardes e Guareschi (2005), ainda, comentam sobre um terceiro eixo da relação da Psicologia e a saúde, que é denominada psicotécnica, desenvolvida a partir da Segunda Grande Guerra Mundial e marcada pela Psicologia aplicada. Nesse terceiro momento, de acordo com as autoras, focalizam-se ações individualistas, privatistas, assistencialistas e adaptacionistas, que buscam um nivelamento entre as pessoas, no que tange aos processos de normalidade e anormalidade, apresentando uma ligação com o conceito de saúde compreendido como ausência de doenças.

Segundo Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), a Psicologia nos dias atuais se encontra em um momento de reconfiguração em seus diversos campos de atuação, que vai desde as práticas curriculares da academia até o mercado de trabalho, ela passa a fazer parte das conferências e instituições da rede pública de saúde. Para as autoras, a Psicologia, assim como outras áreas da saúde, de acordo com as diretrizes do SUS de integralidade e interdisciplinaridade passam a ter de se articular.

Matta e Camargo Jr. (2007) comentam a respeito de três momentos distintos que marcam o diálogo da Psicologia com o processo saúde-doença, que são: a Biomedicina, a Psicossomática e a Psicologia Social. O primeiro momento descrito pelos autores corresponde à Biomedicina, que corresponde ao

entendimento de que o processo saúde e o de doença devem ser compreendidos a partir de considerações anátomo-patológicas e microbiológicas.

Na tentativa de superar esse reducionismo biológico, de acordo com Matta e Camargo Jr. (2007), surge uma segunda vertente em que a Medicina e a Psicanálise constituíram um campo denominado ora de Medicina Psicossomática, ora de Psicologia Médica, que atribuía a etiologia das doenças físicas a causas psicológicas inconscientes, enfocando a relação entre mente e corpo. Nesse momento, apesar de haver um avanço na forma de abordar o processo saúde-doença, há ainda um reducionismo por não considerar as relações sociais, políticas, culturais e institucionais, estabelecidas nas microrrelações entre equipe e usuário. A partir dessa explicação, pode-se fazer a inferência de que esses fatores que permeiam as relações entre equipe e usuário também podem ser consideradas entre os próprios profissionais de saúde que fazem parte de uma mesma equipe de trabalho.

A terceira vertente descrita por Matta e Camargo Jr. (2007) refere-se à Psicologia Social que, mais do que tratar o processo saúde-doença como objeto de estudo, a compreende como um campo de estudo. A Psicologia Social abre novas possibilidades de atuação, pois considera os contextos institucionais, os processos de trabalho e as relações com a comunidade. Tal perspectiva inclui as relações da pessoa com outras pessoas, com instituições, com o mundo e com a cultura e afirmam que tais relações são permeadas por normas, valores e poderes.

Como pode ser visto a partir dessas contribuições, a Psicologia, durante todo o tempo em que vem se consolidando como ciência e profissão, contribuiu para o entendimento da população a respeito do processo saúde-doença. Essa contribuição ocorre desde o momento em que a saúde não era propriamente um objeto de estudo da Psicologia, pois alguns estudos do século XIX colaboraram para um entendimento de que não seria de responsabilidade do psicólogo o estudo da saúde, até os dias atuais, em que se verificam grandes avanços. Isso porque se pretende consolidar as contribuições da Psicologia da Saúde, uma área da Psicologia que tem como objeto de estudo o processo saúde-doença e trabalha no sentido de prevenir doenças e promover saúde, atuando nos níveis primário, secundário e terciário da atenção a saúde.

2.2.1 A Psicologia da Saúde

Segundo Sebastiani (2000), o processo de urbanização, o desenvolvimento econômico e a industrialização têm causado profundas mudanças sociais e estas, por vezes, acabam por alterar o funcionamento de redes de apoio social tradicionais, interferindo na capacidade de as pessoas, famílias e comunidades enfrentarem, adequadamente, suas angústias e enfermidades. Ao situar o processo saúde e doença em uma dimensão psicossocial, esses processos se apresentam com um campo de estudo e atuação da Psicologia para contribuir na melhoria das condições de saúde e bem estar da população.

De acordo com o autor, a Psicologia da Saúde nasceu em Cuba, ocupando uma posição no Ministério da Saúde desse país, no final dos anos de 1960. Em 1974, o termo também foi utilizado nos Estados Unidos para a criação de um novo currículo na Universidade da Califórnia. Ao mesmo tempo, iniciativas relacionando a Psicologia e a saúde surgiam em outras partes da América Latina e no Brasil. Isso ocorreu devido a uma demanda social que exigia a incorporação da Psicologia nos serviços de saúde.

A Psicologia da Saúde desenvolveu-se como uma tentativa de responder a uma demanda sociosanitária e busca de estratégias de promoção à saúde, procurando identificar como se pode influenciar na adoção de comportamentos mais saudáveis e compreender os processos e os fatores que o determinam (STROEBE; STROEBE, 1995).

A Psicologia da Saúde, de acordo com Spink (2003), é uma área marcada pela transdisciplinariedade por tratar de um objeto comum a outras ciências, que é a saúde; porém essa relação com outras disciplinas não deve ocorrer por meio de conhecimentos estanques entre estas, caracterizadas pelos processos de fragmentação do conhecimento e pela busca por um denominador comum científico, mas sim, considerar as trocas e os encontros entre os diversos saberes. Dessa forma, a saúde é um objeto que exige daqueles que a desejam estudar um movimento dialógico entre os diferentes campos do saber para compreendê-la em sua dinamicidade e amplitude. Para a autora, a Psicologia da Saúde, ao considerar o processo saúde-doença como um fenômeno coletivo, deve considerar em sua prática três saberes: o saber social, que se refere ao discurso produzido pela

sociedade a respeito desse processo; o saber oficial, instituído pelas organizações de saúde e as ciências; e o saber popular ou o do senso comum, que coexistem em um determinado tempo e espaço. Para a autora, a Psicologia da Saúde apresenta-se como uma especialização da Psicologia Social por trabalhar na interface entre o individual e o coletivo.

A Psicologia Social mais crítica também contribui para um melhor entendimento do processo saúde-doença, pois o conceito ampliado de saúde, definido no Relatório da VIII Conferência Nacional da Saúde, não trata mais a saúde como um conceito abstrato ao definir a saúde da seguinte forma: “[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde.” (MATTA; CAMARGO JR, 2007, p. 139). A partir dessa definição de saúde, os autores afirmam que a saúde e suas desigualdades podem ser entendidas como um resultado das formas de organização social da produção de sentidos, em que a saúde apenas pode ser compreendida a partir de um determinado tempo e contexto histórico. Isso indica que a situação atual da saúde pode ser modificada por meio de lutas cotidianas da população. Ou seja, se as desigualdades sociais interferem no processo saúde-doença, as lutas sociais por acesso a serviços sociais e de saúde contribuem positivamente nos cuidados com a saúde.

Segundo Dimenstein (1998), a partir do ano de 1970, passou-se a notar uma maior participação de psicólogos em instituições de assistência pública à saúde, devida a uma série de acontecimentos desse momento histórico e social. Ocorriam mudanças nas políticas públicas de saúde no que se refere à política de recursos humanos, e o modelo de atendimento hospitalar tradicional deveria ser substituído por um de menor custo social, mudança essa que necessitava da participação não só dos médicos, como também de outros profissionais da saúde, dentre eles o psicólogo.

Ainda no ano de 1970, conforme Castro e Bornholdt (2004), foi instituída a *American Psychological Association* (APA), em que foi formado o primeiro grupo de trabalho na área de saúde. Nesse contexto, a Psicologia Social, também, ofereceu grande contribuição, uma vez que, provavelmente, são as crenças e as atitudes

referentes à saúde que interferem no estilo de vida das pessoas (STROEBE; STROEBE, 1995).

A crise econômica em que, na década de 1980, o Brasil se encontrava afetou diretamente a demanda da população pelos atendimentos clínicos privados, levando os psicólogos a procurarem outros campos de atuação. Nesse cenário, o emprego vitalício das instituições públicas se apresentava como uma alternativa, já que havia psicólogos trabalhando em tais locais de forma não oficial. Outros fatores que contribuíram para a maior participação dos psicólogos nos serviços de assistência pública à saúde foram as lutas da categoria por uma redefinição e ampliação das contribuições da Psicologia para a sociedade, e a difusão da Psicanálise, que contribuiu para uma demanda da sociedade nos setores de serviços, aprendizagem e ensino. Entretanto, o aumento do número de faculdades de Psicologia, iniciado nos anos de 1970, propiciou um aumento de profissionais no mercado de trabalho e a consequente desvalorização destes. Outro fator que influenciou tal desvalorização foi o número marcante de mulheres, que, pelo valor que têm em uma sociedade machista, enfrenta dificuldades em conquistar espaço no mercado de trabalho (DIMENSTEIN, 1998).

Para Spink (2003), em um primeiro momento, parece estranho falar sobre Psicologia da Saúde, uma vez que a Psicologia sempre esteve inserida nas ciências da saúde, porém trabalhar a saúde considerando os aspectos sociais não pode ocorrer pela simples transposição do método clínico para o social.

Essa transposição do método clínico para a prática social, segundo Dimenstein (1998), deve-se a uma formação acadêmica tradicional que muitos psicólogos tiveram, quando era oferecido aporte teórico prático para uma atuação clínica. Uma vez tendo aprendido o modelo de atuação clínica hegemônico, esses profissionais tentam aplicar tais procedimentos no âmbito público, o que acaba por gerar insucesso por não considerar características da população atendida e os objetivos do local de trabalho, tais como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os ambulatórios.

Considerando a dificuldade descrita por Dimenstein (1998), torna-se importante considerar o que comenta Spink (2003) sobre a dificuldade de definir um marco para o início do campo da Psicologia da Saúde, que, segundo ela, não pode ser definido apenas por dados quantitativos que comprovem o aumento da presença

do psicólogo na área da saúde. A autora propõe que, em vez de relatar apenas as práticas associadas à Psicologia da Saúde, deve-se compreender seus modelos explicativos e seus marcos teóricos.

De acordo com Spink (2003), três aspectos contribuem para a dificuldade de demarcação de um marco teórico para a Psicologia da Saúde. Primeiramente, na graduação do Curso de Psicologia, predomina o modelo psicodinâmico com ênfase na clínica e na saúde mental e se marginaliza a saúde pública. Outro aspecto nesse sentido é que a pessoa é considerada desvinculada de seu contexto, pois não são consideradas as questões macrossociais em seu entendimento. E ainda há uma forte influência da Medicina na Psicologia o que interfere na criação de paradigmas para o processo saúde-doença, que se baseie, eminentemente, na ciência psicológica. Pode-se inferir que, atualmente, mesmo com uma consolidação maior da Psicologia da Saúde, essas questões continuam presentes propiciando a coexistência de diferentes paradigmas.

Sebastiani (2000) e Castro e Bornholdt (2004) argumentam que apenas o Brasil utiliza o termo Psicologia Hospitalar. Castro e Bornholdt (2004, p. 49), sobre esse fenômeno, comentam:

Assim, o próprio significado da palavra saúde leva-nos a refletir sobre a prática profissional centrada na intervenção primária, secundária e terciária. Já quando nos referimos ao hospital, automaticamente, já pensamos em algum tipo de doença já instalada, só sendo possível a intervenção secundária e terciária para prevenir seus efeitos adversos, sejam eles físicos, emocionais ou sociais.

A palavra utilizada para se referir a uma determinada prática, reflete um discurso que está situado em um tempo e espaço específico, assim como reflete as condições do contexto histórico, social e político. A área da Psicologia Hospitalar/Saúde no Brasil, segundo Sebastiani (2000), mistura-se com a própria história da Psicologia enquanto profissão no Brasil e nas Américas.

Sebastiani (2000) e Castro e Bornholdt (2004) argumentam que, desde 1940, as políticas em saúde no Brasil priorizavam a atenção secundária, e o hospital era grande símbolo da prestação do serviço em saúde. Esse fato, de acordo com Castro e Bornholdt (2004), persiste até aos dias atuais, e é o que pode ter influenciado para o uso do termo Psicologia Hospitalar e não Psicologia da Saúde. A partir dessa conjuntura, é que esses autores fazem uma crítica ao uso do termo

Psicologia Hospitalar por se referir a um local e não à prática desenvolvida por ela, e concluem que, no Brasil, o que é considerado como Psicologia Hospitalar seria mais adequado Psicologia no contexto hospitalar, a qual é parte da Psicologia da Saúde. Apesar disso, segundo os autores, o Conselho Federal de Psicologia (CRP) reconhece a Psicologia Hospitalar como uma especialidade, enquanto que não considera a Psicologia da Saúde como uma especialidade oficial.

A proposta defendida por Castro e Bornholdt (2004) parece ser de difícil implantação, pelo fato de tais áreas atualmente priorizarem diferentes formas de tratar o processo saúde-doença. Como os próprios autores afirmam, uma especialidade, no caso a Psicologia Hospitalar, não pode ser resumida a um local de atuação. O diálogo entre as duas especialidades parece ocorrer de forma limitada porque ambas apresentam bases epistemológicas e posições paradigmáticas distintas. Porém, antes de isso ser uma barreira intransponível para o diálogo, tais diferenças poderiam tornar mais rica a atuação do psicólogo que trabalhe diretamente com o processo saúde-doença.

Sobre esse tema é conveniente destacar que, pelo momento histórico em que nasce a Psicologia Hospitalar no Brasil, não apenas se prioriza sua atuação no nível de atendimento secundário e terciário que ocorre nos hospitais, mas principalmente prioriza-se a estrela principal desse cenário, que é a doença. Considerando que o tempo de adoecimento não se limita ao tempo de hospitalização, é que tal especialidade passa a considerar outros campos de atuação, pois as pessoas adoecem em casa, no trabalho, etc. Assim, surge a necessidade da continuidade do tratamento em diferentes espaços. Já para a Psicologia da Saúde, o ator principal é a saúde, que, por estar presente em qualquer lugar, não prioriza um único cenário de atuação. Assim essa área pode trabalhar com pessoas que estão na comunidade, em seus locais de trabalho e até mesmo nos hospitais. O entendimento do processo saúde-doença, no momento, faz-se distinto entre a Psicologia Hospitalar e a Psicologia da Saúde, no entanto apresenta potencialidades para trilhar caminhos complementares.

Menegon e Coêlho (2007) realizaram uma pesquisa que utilizou 1.347 referências bibliográficas, publicadas entre os anos de 1955 e 2006, a fim de identificar os saberes e fazeres da Psicologia da Saúde. As autoras dividem essa produção em três momentos históricos. Os anos de 1955-1984 correspondem ao

período de inserção incipiente da Psicologia nos Serviços Públicos. Nesse momento, a Psicologia da Saúde pode se confundir com a da Psicologia Hospitalar, que foi uma das principais portas para que ocorresse a inserção da Psicologia na saúde. Os principais temas-foco publicados nesse período se relacionam primeiramente com a *prática clínica/ clínica/ métodos clínicos*, que, em geral, explicam o processo saúde-doença a partir de um enfoque intrapsíquico; em segundo lugar, ficou a *prática profissional*, relacionada em sua maioria à prática clínica; e, em terceiro lugar, está a *formação profissional*, interessada em problematizar a formação dos psicólogos.

O período de 1985-1994 corresponde a uma fase de transição da inserção da Psicologia no Serviço de Saúde Pública, o que ocorre principalmente após a criação do SUS em 1988. Nesse momento, a ênfase era a atenção secundária e os temas-foco que mais apareceram relacionavam-se primeiramente à *prática profissional*, em segundo, à *formação profissional* e em terceiro, à *prática clínica/ clínica/ métodos clínicos*. O período de 1995-2006 refere-se à inserção plena da Psicologia no SUS, e os três primeiros temas-foco desse período seguem a mesma ordem do período anterior. Nesse momento, há uma maior sistematização teórica e conceitual da Psicologia da Saúde e o desafio se apresenta na formação desses profissionais para atuarem na rede básica de saúde (MENEGON; COELHO, 2007).

A respeito das análises realizadas por Menegon e Coelho (2007), é interessante destacar o que comenta Heilborn (2003), que a saúde e a doença são realidades simbólicas construídas em um dado momento histórico, e que as práticas e saberes apresentam historicidade com associações simbólicas e políticas que se estabelecem em uma dimensão cultural. A partir dessa pesquisa, pode-se analisar o discurso sobre saúde de que a Psicologia, enquanto ciência e profissão, assume e acaba por influenciar, e ao mesmo tempo ser influenciada pela sociedade.

A área de Psicologia da Saúde, conforme Castro e Bornholdt (2004), é a que mais absorveu psicólogos no Brasil e na América Latina nos últimos 15 anos; porém as autoras ressaltam que há uma escassez de produção científica na área, além disso, destacam que 90% das pesquisas em Psicologia da Saúde em nível mundial ocorrem na Europa, Estados Unidos, Austrália e Japão. Sebastiani (2000) afirma que, em 1980, ocorreu um aumento na produtividade da Psicologia da Saúde no Brasil e na América Latina.

É importante destacar aqui que a Psicologia no Brasil só passou a ser considerada como profissão no ano de 1962, por força da Lei Federal nº 4.119 (DIMENSTEIN, 1998). Apesar de a Psicologia ter sido reconhecida como profissão no Brasil há quase meio século, ela, inicialmente, não teve investimentos em pós-graduações. Assim, algumas limitações quanto ao número de produções científicas em relação a outros países se tornam presentes.

Outra proposta que vem contribuir com a Psicologia da Saúde é a da Psicologia Positiva, comentada por Yunes (2003), que, ao se opor ao modelo tradicional que dá ênfase aos aspectos psicopatológicos, propõe uma visão ampliada, não reducionista e com ênfase nos aspectos virtuosos e saudáveis das pessoas. Dentro desse entendimento, a autora analisa o conceito de resiliência e critica estudos que, por vezes, considera tal conceito como uma capacidade individual para a superação de obstáculos. A autora situa assim a resiliência em um aspecto mais amplo e, considerando o termo em uma perspectiva crítica, destaca que seu uso deve priorizar os aspectos da saúde das pessoas de forma que não classifique e rotule ideologicamente determinadas pessoas, pois se trata de uma capacidade desenvolvida em processo.

Calvetti, Muller e Nunes (2007) comentam sobre a interface da Psicologia da Saúde e a Psicologia Positiva. A Psicologia da Saúde, além de trabalhar com o tratamento e cura de doenças, trabalha com a prevenção da doença e a promoção da saúde. A Psicologia Positiva, ao também fortalecer esses últimos aspectos, destaca a importância do foco no desenvolvimento humano saudável. Ambas as áreas, ao estudarem os aspectos psicológicos positivos do processo saúde-doença, buscam focalizar os aspectos sadios do desenvolvimento, e considerar processos protetores da saúde, como é o caso da religiosidade-espiritualidade e da resiliência. A Psicologia Positiva transcende o atual sistema de saúde e propõe que se realizem investimentos no sentido de maximizar o desenvolvimento das forças positivas que são inerentes a pessoa humana.

Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005) comentam que, ao se discutir sobre a saúde na área de Psicologia, deve-se utilizar o conceito de subjetividade, pois envolve a forma do ser humano se relacionar consigo e com o mundo. Segundo Dimenstein (1998), muitos psicólogos cometem o erro de perceber a população atendida nas instituições públicas de saúde, que em sua maioria pertence a classes

populares, como tendo o mesmo modelo de subjetividade, representações e visões de mundo. Muitos alunos de Psicologia, por estarem preparados para atenderem a uma demanda clínica de consultórios particulares, criam expectativas sobre as pessoas atendidas nos serviços públicos e sobre as relações interdisciplinares, apresentando frustrações e desmotivação ao se depararem com uma realidade para a qual não foram preparados (CARDOSO, 2002).

Pode-se pensar, assim, que a subjetividade está presente em todas as relações humanas, e o profissional de saúde, dentre eles o psicólogo, não está isento de tal característica, cabendo-lhe sempre refletir e avaliar sua conduta profissional. Ao mesmo tempo, tal profissional deve considerar e respeitar a dimensão subjetiva da população por ele atendida, por ter esta forte influência na forma de a pessoa cuidar da sua saúde. Posto isso, faz-se necessário considerar o que comenta Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), que a saúde deve ser entendida de forma integral, e a pessoa de maneira indivisível, incluindo as relações e o cuidado consigo e com os outros de maneira global.

Diante dessa situação, é que o psicólogo da saúde apresenta uma importante contribuição para uma visão integral da saúde e para o processo saúde-doença como algo determinado por múltiplos fatores. Nesse contexto, a Psicologia da Saúde contribui enquanto ciência e profissão, e desempenha um papel importante nos trabalhos interdisciplinares e em novas formas de pensamento em saúde (SEBASTIANI, 2000).

Uma das principais lutas da atualidade da Psicologia da Saúde é a inserção efetiva do psicólogo da saúde no Programa Saúde da Família (PSF). Diante do que foi exposto sobre a Psicologia, pode-se verificar que o psicólogo pode oferecer importantes contribuições nesse contexto, pois, segundo Cardoso (2002, p. 2):

O Programa de Saúde da Família (PSF) busca desenvolver ações de atenção primária à saúde, dirigidas não somente para a cura e prevenção de doenças, mas, principalmente, buscando promover a qualidade de vida e valorizar o papel dos indivíduos no cuidado com a saúde, de sua família e de sua comunidade. Trata-se de uma proposta de atuação que visa a propiciar a integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde constituindo-se, por definição, num modelo que se opõe ao modelo assistencial, centrado na doença e no consumo de medicamentos.

Cardoso (2002) descreve diferentes formas de atuação do psicólogo no PSF, desenvolvida a partir de um projeto de extensão intitulado 'Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família' realizado em uma parceria entre o Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Secretaria Municipal de Saúde de Vespertino-MG. Tal projeto desenvolveu diversas atividades como: grupos informativos; grupos de psicoterapia; dinâmicas de grupo; teatros informativos; visitas domiciliares e atendimentos individuais.

As dinâmicas de grupo, à medida que o trabalho foi sendo desenvolvido, foi o que melhor se adequou à demanda da população, pois esta se configurou como o espaço mais autêntico de expressão da comunidade que contava fragmentos de sua realidade, ao mesmo tempo em que possibilitava ao grupo conhecer diferentes perspectivas, permitindo trocas de experiências entre seus participantes. A equipe de psicólogos nesse contexto propiciou ainda uma melhor comunicação entre a população e a equipe de saúde daquela localidade (CARDOSO, 2002).

O trabalho da Psicologia, apesar de inovador em vários aspectos, também consiste basicamente em algo muito antigo, que é propiciar um espaço de acolhimento para as pessoas, em que elas possam falar sobre suas dificuldades e serem ouvidas por pessoas desprovidas de preconceitos e interessadas em oferecer ajuda. Na intervenção descrita por Cardoso (2002), o que inicialmente era entendido como um espaço para brincar ou se distrair, passou a ser compreendido como um espaço para falar de si, um lugar onde se aprende com os outros. Além disso, a partir das atividades desenvolvidas pelos psicólogos no PSF, os participantes dos encontros passaram a reconhecer a saúde como algo além da dimensão biológica, em que fatores emocionais passam a ser considerados como influentes em sua saúde. Segundo a autora, a atuação do psicólogo no PSF deve contribuir no sentido de alterar a condição de 'pacientes crônicos', para a condição de 'pessoas portadoras de uma doença crônica' e, ao considerar a responsabilidade que cada um têm com sua própria saúde, passa a conferir a condição de agentes e não mais de pacientes.

Diante da experiência descrita, percebem-se as diversas formas de contribuição da Psicologia no cenário de saúde da família e os desafios enfrentados

por esse profissional nesse contexto. O primeiro desafio já se apresenta com a desmistificação sobre o trabalho do psicólogo. As atividades comentadas acima, utilizando a estratégia de compartilhar experiências e saberes entre as pessoas, e desenvolvida a partir de estudos que comprovam a eficácia dessa metodologia, talvez tenham sido o que contribuiu para que a população inicialmente compreendesse as atividades desenvolvidas pelos psicólogos como 'brincadeiras'. Porém, com a eficácia das intervenções e a partir do conhecimento da oferta de Serviços de Psicologia no PSF, é que, de forma gradual, as percepções a respeito dos encontros grupais foram se modificando e a demanda pelos Serviços de Psicologia foi crescendo.

A divulgação de trabalhos como esse é importante, no presente momento, para que a Psicologia divulgue o quanto pode contribuir no cenário da saúde e conquiste um espaço efetivo nesse campo, buscando promover saúde e bem-estar para a comunidade.

Stroebe e Stroebe (1995) comentam que, ao contribuírem com os avanços da saúde pública, os psicólogos sociais devem, entre outros aspectos, reorientar seus trabalhos na área dos fatores de riscos comportamentais, para investigações que considerem não a longevidade da vida, mas a extensão da vida ativa, e passem a utilizar mais a morbidade do que a mortalidade, pois é a primeira, e não a segunda, que torna mais compensador o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis para a pessoa e para a sociedade.

Sebastiani (2000, p. 218) compara o desenvolvimento da Psicologia da Saúde no Brasil e na América Latina, e afirma:

No entanto, embora tenhamos dados bastante positivos, seria por demasiado ingênuo pensar que nosso espaço profissional está conquistado e consolidado. Caminhamos lado a lado em nosso fazer e pensar com as mazelas e incongruências da realidade de saúde de nossas sociedades. A expressão de nossa presença e participação nas questões afetas à saúde é diretamente proporcional à miríade de problemas que parcelas cada vez maiores de nossa população sofrem. Nosso tempo e presença junto a estas demandas são ainda historicamente muito pequenos se comparados à envergadura dos problemas que enfrentamos e ao tempo e esforços que coletivamente temos de encetar para podermos considerar que a saúde da população latino-americana está minimamente bem assistida.

Atualmente, ocorre uma maior consolidação da Psicologia nos diferentes contextos de atendimento público à saúde, porém tais avanços não ocorrem de maneira homogênea no Brasil, devido a suas diferenças regionais. Paralelo a isso, apresenta-se a necessidade de produções que representem de forma sistematizada o diálogo entre a Psicologia e o SUS (MENEGON; COELHO, 2007).

Sebastiani (2000, p. 205) comenta:

Durante os últimos anos, os psicólogos, com independência de sua orientação teórica particular, têm sabido fazer-se repercutir a ideia de que a saúde, como um dos valores mais importantes do ser humano, tem um impacto nas pessoas e têm se dedicado a estudar e a intervir sobre tal impacto. Esta também tem sido uma realidade da psicologia da saúde latino-americana.

Menegon e Coelho (2007) comentam que o diálogo entre a Psicologia e a saúde sempre foi marcado por conhecimentos e práticas individualizantes. De acordo com Spink (2003), a Psicologia da Saúde pretende superar uma perspectiva intraindividual e adotar um enfoque que compreenda a saúde e a doença de forma globalizante, dinâmica e como um processo histórico, que apresenta múltiplas causas.

Pode-se concluir assim que são muitas as contribuições que a Psicologia pode oferecer para o bem-estar das pessoas. Porém a possibilidade de um entendimento efetivo em relação à saúde ocorreu devido a um entendimento de que fatores biológicos não são suficientes para explicar o processo saúde-doença. Quando a saúde e a doença são entendidas dentro de uma lógica psicossocial, a Psicologia passa a contribuir a partir da Psicologia da Saúde, que considera tais processos dentro de um tempo determinado e um contexto histórico particular, ao mesmo tempo em que amplia tais conceitos e os considera de forma global.

Como as pessoas não vivenciam o processo saúde-doença em um vazio espacial, e também considerando que o ambiente pode interferir nas condições de saúde da população e nas formas de cuidado com a própria saúde, é que se torna interessante comentar sobre as contribuições da Psicologia Ambiental.

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICOLOGIA AMBIENTAL

A Psicologia Ambiental é uma sub-área da Psicologia que estuda a relação entre a pessoa e o ambiente. Por ser uma área recente, ela ainda não

possui uma identidade definida, apresentando diferentes bases epistemológicas e metodológicas que acabam por também diferenciar seu próprio objeto de estudo, bem como a forma de abordá-lo. As diversas disciplinas que colaboraram para o seu surgimento, como a própria Psicologia, a Arquitetura e o Urbanismo, também colaboram para a diversidade da área.

A seguir são apresentadas algumas considerações sobre a Psicologia Ambiental e sobre alguns temas tratados por ela, como a habitação. Um ponto aqui destacado é a relação entre o ambiente, em especial, a habitação e a saúde. Também são apresentados alguns comentários sobre os diferentes níveis de espaços sociais.

De acordo com Gunther (2008), é recente o entendimento que a Psicologia tem de que o ambiente físico interfere na vida das pessoas. A Psicologia nem sempre teve a preocupação em estudar a pessoa em seu contexto. O modelo predominante na Psicologia do Desenvolvimento do século XX foi a genética, que desconsiderava as variáveis relacionadas ao ambiente. Segundo o autor, entre 1920 e 1960, o ambiente foi incorporado na Psicologia a partir do behaviorismo e da teoria da aprendizagem social. No período entre 1960 e 1980, iniciou-se um processo que visava compreender a constante interação entre fatores internos ou naturais com os fatores externos e culturais. Paralelamente a esse processo, a Psicologia do Desenvolvimento, que se restringia aos estudos da infância, passou a considerar que o desenvolvimento ocorre durante toda a vida das pessoas e envolve ganhos e perdas, estabilidade e mudança. Foram tais considerações que possibilitaram o entendimento de que o desenvolvimento das pessoas interfere na sua relação com o ambiente.

A ausência de estudos da área de Psicologia que considerassem a importância das variáveis ambientais até a década de 1970, parece contribuir com entendimentos como o de Pastore (1969). O autor, ao realizar uma pesquisa sobre a satisfação dos moradores com a cidade de Brasília, a capital do país havia apenas nove anos, comenta que, provavelmente, são os cientistas sociais os profissionais mais aptos para explicar comportamentos, aspirações e satisfações da pessoa em relação ao ambiente em que vive. E que os sociólogos em particular eram os mais indicados para antecipar e examinar as reações dos grupos sociais a um novo ambiente. O autor afirma que os urbanistas solicitavam tais contribuições desses

profissionais que, até aquele momento, não parecia ter percebido tais demandas. Ao mesmo tempo, o autor faz uma crítica aos próprios cientistas sociais que não consideram adequadamente o meio e a existência dos equipamentos físicos como fatores que influenciam o comportamento das pessoas tanto em nível individual quanto social. Nesse momento, a Psicologia parecia não ser ainda entendida como uma área que pudesse contribuir nessas questões. Porém, é em estudos como esse que se pode perceber uma demanda para a construção de uma área como a Psicologia Ambiental.

A Psicologia Ambiental é uma área recente e que não apresenta ainda um quadro histórico definido no Brasil. O que colabora com tal situação, que não é exclusiva do Brasil, mas de toda a América Latina, é a dificuldade de acesso a esse tipo de informação (PINHEIRO, 2001).

Os pioneiros da Psicologia Ambiental, segundo Wiesenfeld (2005), visavam enfatizar a dimensão social da relação pessoa-ambiente, compreendendo-a de maneira holística, incorporando diversas perspectivas teóricas. Por fim, eles apresentavam o objetivo de melhorar a qualidade ambiental e, em consequência disso, melhorar o bem-estar dos que habitam o planeta.

De acordo com Pinheiro (2005), a partir de 1970, começaram a surgir as primeiras publicações sobre Psicologia Ambiental. Seus interesses eram vagos e estavam relacionados aos problemas ambientais, superpopulação e adensamento urbano. Era uma tentativa de se responder aos aspectos ambientais considerando a dimensão psicológica. A partir da década de 1990, houve uma tentativa de integração da Psicologia Ambiental, tanto com a própria Psicologia, como com outras áreas. Tal tentativa de unificação partiu mais de outras áreas, como a Arquitetura e o Urbanismo, do que da Psicologia. Como se pode perceber, há uma inegável demanda por parte de áreas como Urbanismo e Arquitetura, que ao se dedicarem ao estudo do ambiente físico, identificam a importância dos fatores psicossociais e procuram dialogar com áreas que considerem esses fatores, como é o caso dos cientistas sociais e psicólogos. É nesse cenário que a Psicologia Ambiental se desenvolve. Nesse momento, já se pode perceber uma nova dinâmica entre as diferentes áreas de conhecimento em que a Psicologia já se configura como uma ciência capaz de contribuir no entendimento da relação entre a pessoa e o ambiente.

Em seu estudo, Pinheiro (2005) revela que a Psicologia Ambiental se encontra na fase inicial da construção de sua própria identidade e que, ao mesmo tempo em que luta para ter uma identidade própria, está aberta a receber contribuições de diferentes áreas.

Pinheiro (2001) descreve uma cronologia da Psicologia Ambiental dividindo-a em três momentos. O primeiro (1970 a 1985) refere-se às traduções de obras estrangeiras e cursos isolados, tendo como principais beneficiários os arquitetos. O segundo momento, que ocorre entre meados da década de 1980 e início da década de 1990, se caracteriza pelas produções de autores brasileiros ainda isolados. O autor define esse momento como *intra-clusters*, que se caracteriza pela produção de trabalhos em uma linha vertical, de orientador para orientando, ou dentro de um mesmo grupo de pesquisa. O terceiro momento ocorre após o ano de 1990 e se configura pela tentativa de diálogo entre diferentes autores, são as denominadas iniciativas *inter-clusters*. Essas fases, por sua vez, não podem ser consideradas de forma estanque, pois as primeiras fases continuam a existir enquanto que as mais novas vão se estabelecendo.

Por ser uma área ainda nova na Psicologia, pois tem apenas pouco mais de 30 anos, a própria definição de Psicologia Ambiental ainda está confusa, como afirma Moser (2005, p. 280-281):

A Psicologia Ambiental é uma disciplina que trata do 'psicológico', quer dizer, do indivíduo enquanto ser que pensa, que sente e que age, de um lado, e do ambiente, de outro lado. Trata-se de Psicologia, portanto, de uma disciplina que lida com o indivíduo em sua relação com o ambiente.

Sobre essa definição, parece haver uma concordância entre diferentes autores, porém a partir dela há várias divergências (MOSER, 2005). Diante disso, pode-se concluir que a relação que se estabelece entre o ser humano e o ambiente é o principal objeto de estudo da Psicologia Ambiental. Deve-se assim considerá-los em sua relação dialógica, convivendo e compartilhando o mesmo tempo e espaço.

De acordo com Mourão e Cavalcante (2006), a Psicologia Ambiental é a área do conhecimento que se destina ao estudo da associação entre a identidade e o espaço físico e social. Tal campo considera o espaço vivido por uma pessoa e as possíveis transformações, provenientes da mudança desse espaço, vivenciadas pela pessoa. E ainda considera, nesse quadro de transformações, o aspecto

temporal dessa relação.

Pinheiro (2001) realizou uma busca em periódicos brasileiros de Psicologia que utilizaram explicitamente o termo “Psicologia Ambiental”; a busca apontou seis artigos em periódicos, dos quais cinco estava em um mesmo periódico. Os temas eram variados e com pouquíssima relação entre si.

Em um levantamento, baseado no banco de dados do Diretório Nacional de Grupos de Pesquisa, do CNPq, órgão do Ministério da Ciência e Tecnologia - referente ao período compreendido entre o início de 1997 e junho de 2001, Pinheiro (2005) procurou identificar todos os grupos de estudo que se autoidentificam como de “Psicologia Ambiental”. O levantamento constatou que 64% dos grupos eram da própria Psicologia e que 18% dos grupos correspondiam às áreas de Arquitetura, Urbanismo e de Planejamento Urbano. Outras áreas também foram encontradas: Educação, Sociologia, Engenharia e Recursos Florestais. É importante ressaltar que, na pesquisa, tal autoidentificação não estava presente nos títulos ou nas linhas de pesquisa dos grupos, e que tais grupos identificam a Psicologia Ambiental, mais como campo de estudo, do que como disciplina.

Outro dado importante de tal levantamento é que, segundo Pinheiro (2005), mais da metade dos doutores que se vinculam à área de Psicologia Ambiental, titularam-se após 1995 e foram orientados principalmente por profissionais da área de Psicologia Social e Comunitária. Isso pode demonstrar a relação que existe entre as duas áreas de conhecimento. Günther (2003), apesar de ressaltar que não existem delimitações de áreas fixas, comenta que a Psicologia Comunitária se dedica ao estudo da relação entre pessoa e ambiente social, enquanto a Psicologia Ambiental se dedica à relação entre a pessoa e o ambiente físico. Pode-se pensar que, como o ambiente físico é entendido socialmente, os discursos das duas áreas, muitas vezes, tornam-se parecidos.

Há uma grande variedade de áreas que contribuíram para o surgimento da Psicologia Ambiental e, como afirma Uzzell (2005) e Moser (2005), as diferentes áreas do conhecimento apresentam diferentes tipos de entendimento sobre o próprio ambiente. Pinheiro (2001) comenta que, em sua prática com pós-graduandos, os arquitetos enfatizam o elemento ambiente em detrimento ao elemento pessoa. Ou seja, para eles o ambiente é a figura, e a pessoa, o fundo. Já os psicólogos apresentam uma inversão, a figura é o humano e o fundo o ambiente. Segundo

Pinheiro (2001), o que é importante destacar é a necessidade de considerar como figura a inter-relação pessoa-ambiente, e como fundo, o ideal da sustentabilidade e a valorização da vida.

As (inter) relações estabelecidas entre as áreas de Arquitetura, Urbanismo e Design e as Ciências Sociais, apesar de necessárias, ocorrem de maneira limitada. As primeiras áreas têm por objetivo um processo de síntese de objetos e ambientes. Já a segunda busca um processo de análise que nem sempre tem como fim uma eficácia imediata, por fazer análises que, muitas vezes, não se limitam a um tempo determinado. Ou seja, umas trabalham com um processo de síntese e outras com um processo de ampliação. Se essas diferenças forem minimizadas, possivelmente ocorrerá um impacto positivo no desenvolvimento de projetos ambientais. No meio acadêmico e profissional de arquitetos e urbanistas, já ocorre um diálogo com áreas das Ciências Sociais como Antropologia, História e Geografia. Porém tal diálogo praticamente não ocorre com a Psicologia. Isso pode ocorrer devido tanto ao limitado número de profissionais na área quanto à falta de conhecimento por parte dos arquitetos e urbanistas da existência da área de Psicologia Ambiental (ORNSTEIN, 2005).

Romice (2005) comenta que a Psicologia Ambiental pode contribuir na construção de projetos, pois os projetistas, em sua formação acadêmica, não utilizam uma base e um enquadramento cultural em seus projetos. Porém, o que ocorre é um mal entendido, pois os arquitetos entendem que Psicologia Ambiental irá contribuir sobre preferências ambientais quanto à construção de projetos, o que cria resistência por parte da Arquitetura em relação à Psicologia. A própria área de Psicologia apresenta dificuldade em reconhecer a relevância da Psicologia Ambiental. Porém o público apresenta certa facilidade nesse sentido e reconhece a importância de tal área. A autora não deixa claro o motivo da resistência dos arquitetos como descrito acima, mas pode-se inferir que isso ocorre devido a um entendimento equivocado de poder perder espaço em um campo de atuação que estes profissionais dominam.

A Psicologia Ambiental, entre outras potencialidades, pode contribuir na redução de riscos de iniciativas em longo prazo, propiciando trocas entre usuários e gestores, fazendo-os trocar muitas vezes de posição, o que promove eficiência, mesmo que aparentemente, em curto prazo, isso torna a construção de um projeto

mais demorado. Em longo prazo, ela constrói estratégias que economiza tempo e desperdícios sociais, econômicos e ambientais (ROMICE, 2005). Essas potencialidades descritas pelo autor são importantes na medida em que muitos projetos ambientais, realizados por organismos governamentais ou não governamentais, desconsideram os saberes e vivências da comunidade em que desenvolvem seus projetos. Assim, possibilitando um canal de comunicação clara e aberta entre gestores e usuários, a Psicologia ambiental pode contribuir no desenvolvimento de projetos que tratem dessa temática.

Outra forma de contribuição da Psicologia Ambiental, descrita por Ornstein (2005), é no processo de Avaliação Pós Ocupação, que é uma atividade interdisciplinar voltada para intervenção e melhoramento do ambiente construído. Nos países desenvolvidos, tal avaliação é realizada ora por arquitetos e/ou urbanistas e/ou designers, ora por psicólogos ambientais, porém o trabalho transdisciplinar é limitado.

Corral-Vernugo (2005) comenta que a Psicologia Ambiental é um sub-campo da Psicologia, que tenta compreender como o ambiente social e físico influencia o comportamento das pessoas, e como estas por sua vez interferem no seu entorno. O autor afirma que, desde o início, a Psicologia Ambiental foi marcada por duas abordagens. A primeira aborda principalmente os efeitos do ambiente sobre o comportamento, e seus estudos relacionam-se principalmente aos seguintes temas: percepção e preferências ambientais, efeitos de estimulações ambientais sobre o desempenho dos seres humanos, mapas cognitivos, a relação do projeto e a utilização do espaço construído. A segunda abordagem privilegia o entendimento de como e por que o comportamento da pessoa afeta o ambiente. Nessa abordagem, destacam-se estudos relacionados à conservação e comportamento sustentável, a crenças ambientais e ao estudo de fatores, como valores, personalidade, capacidades e variáveis demográfica, que podem estar associadas a formas de comportamentos ambientais.

Apesar de coexistirem há muito tempo, essas abordagens parecem apresentar uma dificuldade de diálogo, sendo tal cooperação mais uma exceção que uma regra. Apesar de haver uma concordância geral de que ambiente e comportamento se relacionam mutuamente, na maioria das vezes eles são estudados de forma fragmentada. Tal separação gera um desperdício de esforços e

contribui para a construção de um objeto de estudo difuso ao considerar apenas relações unilaterais (CORRAL-VERDUGO, 2005).

Diante dessa conjuntura, o autor considera pertinente a criação de uma área especializada da Psicologia Ambiental, que teria como objeto de estudo os determinantes e as consequências do comportamento ambiental responsável. O autor alerta para a problemática de que, se continuar a falta de diálogo entre as duas áreas, essa sub-área pode se tornar independente. Assim, Corral-Verdugo (2005, p. 75) define que “[...] o objeto da Psicologia Ambiental é a influência mútua de fatores ambientais e comportamentais, ao tentar focalizar problemas específicos e soluções.” O autor tenta destacar a natureza aplicada da área que, por sua vez, deve gerar pesquisa básica.

Outro aspecto da Psicologia Ambiental que, por vezes, se apresenta dissociado é o da ciência e o da política. Mira, Stea e Elguea (2005) comentam sobre essa divisão entre ciência e política, afirmando que a Psicologia Ambiental estaria se dedicando ao desenvolvimento acadêmico e teórico da disciplina e não estaria dialogando com áreas aplicadas que podem contribuir com decisões práticas da política ambiental. Paralelo a isso, as pessoas ligadas à política estão interessadas por posições mais técnicas do que as até então apresentadas pelos psicólogos. Os autores aqui parecem se referir a uma utilidade prática e imediata dos conhecimentos teóricos desenvolvidos. O desafio, segundo os autores, é a construção de um canal de comunicação, por meio da participação, entre a Psicologia e a Política Ambiental. Para isso, algumas considerações são importantes como: a existência de um contexto democrático que inclua a participação social, inclusive em decisões que contemplem o gerenciamento de recursos; que os políticos se interessem em construir articulações e que o público esteja aberto a inovações. A tradição da comunicação entre os políticos e o público costuma ser unidirecional, porém o processo de comunicação e o de participação, para existirem, dependem um do outro. Assim, a participação, no processo de comunicação entre políticos e público, necessita ser bi-direcional.

Os problemas ambientais situados no pós II Grande Guerra Mundial, de acordo com Tassara (2005), situa-se em um contexto geopolítico que consolidou a ideologia do Naturalismo que, por sua vez, consolida a ideologia da conservação da natureza. Situada dessa forma, a investigação da problemática ambiental pelo

cientista não se separa do inquirir do historiador. De acordo com esse entendimento, a verdade científica e o processo histórico-literário se confundem, pois a ciência se constrói historicamente. A partir disso, Tassara (2005 A, 2005 B) defende que a Psicologia Ambiental deve ter como principal ideia a não separação entre ciência e política e a desnaturalização do tema ambiente, que o situa em um processo histórico que apresenta sincronias e diacronias.

A Psicologia Ambiental, segundo Uzzell (2005), deve considerar e tornar prático a questão ambiente-comportamento e, além disso, deve focar a interdisciplinaridade de tal assunto e abordá-la de forma holística. Essa visão da relação pessoa ambiente e a importância da parceria com outras disciplinas para a Psicologia Ambiental, também, é partilhada por Moser (2005), em que o ambiente ao qual se refere é tanto o físico quanto o social. O autor afirma que a questão social deve ser enfatizada, e as relações devem ser consideradas nas dimensões temporais e espaciais.

A necessidade de transformar em saber prático e útil para a sociedade os conhecimentos desenvolvidos pela Psicologia Ambiental é discutida por Wiesenfeld (2005) e Moser (2005). O primeiro autor afirma que ocorre uma tendência à investigação em detrimento à aplicação e uso dos resultados obtidos, fato esse que é contrário a um importante requisito da disciplina que é a sua utilidade social. Nesse mesmo sentido, Moser (2005) argumenta que é preciso ter-se concomitantemente, no desenvolvimento dessa área, tanto um conhecimento enquanto disciplina quanto um conhecimento aplicado, trabalhando em conjunto com outras disciplinas e se impondo politicamente. A dificuldade destacada pelo autor é o baixo índice de metodologias que envolvam cognição, emoção e comportamento dentro da relação pessoa-ambiente.

Uzzell (2005) também comenta sobre a importância da metodologia dentro das relações interdisciplinares, pois ela interfere nas relações políticas, de comunicação e de compreensão entre as diferentes áreas. Dessa forma, é interessante identificar e aproveitar, realmente, o que cada área tem a contribuir para a Psicologia Ambiental.

A metodologia da Psicologia Ambiental deve considerar as diferenças e as especificidades culturais, comparando e contextualizando emoções, sentimentos, pensamentos e comportamentos. Sua parcela de intervenção deve ser igual à das

outras disciplinas ligadas ao tema, não sendo informativa, como alguns autores colocam, nem prescritiva (MOSER, 2005). Porém pode-se pensar que em parte essa contribuição ocorre de maneira informativa, e por fim acaba sugerindo novas formas de interação entre a pessoa e o ambiente.

Ornstein (2005) afirma que a Psicologia Ambiental não apresenta especificidade metodológica, e sim, uma especificidade teórica e conceitual em detrimento a outros campos de estudos das ciências sociais que se aplicam aos sistemas ambientais. Nesse contexto, é interessante destacar sobre as possíveis contribuições e desafios da Psicologia, pois, como afirma Pinheiro (2001), a Psicologia deve considerar o diálogo com outras áreas de conhecimento, a forma como o contexto político-institucional aborda a relação pessoa-ambiente e a inclusão do ambiente físico na abordagem dos problemas sociais.

Moser (2005) faz uma crítica à Psicologia, dizendo que esta acentua as diferenças individuais e se esquece, muitas vezes, de que as diferenças interculturais são decorrentes de diferenças ambientais. Moser (2001) afirma ainda que a própria Psicologia Ambiental muitas vezes desconsidera as diferenças culturais e o impacto dos fatores temporais.

Nesse sentido, Mira, Stea e Elguea (2005) comentam que o ambiente influencia não só o comportamento individual como também as relações humanas mais amplas. Assim, o ambiente físico interage com o social, cultural e psicológico. A Psicologia Ambiental vai além do individual, ela considera o grupo e entende que este vai além da soma de pessoas, o que, em última análise, influencia no processo de construção de políticas públicas e no conteúdo destas.

Corral-Vernugo (2005) alerta para a necessidade de se incorporar a cultura no entendimento das relações pessoa-ambiente. Inclui-se aqui o entendimento de que diferentes realidades socioculturais podem levar a diferentes visões de mundo. Tais visões influenciam na forma como os pesquisadores abordam a relação pessoa-ambiente, que, por fim, pode levar à construção de diferentes abordagens da Psicologia Ambiental. Pode-se inferir ainda, dentro dessa mesma lógica, que o produto gerado por essas diferentes abordagens, criadas a partir de realidades socioculturais, também poderá colaborar para a construção de novas e distintas realidades socioculturais.

Wiesenfeld (2005) também comenta sobre a existência de várias Psicologias Ambientais. O autor afirma que o que causa tal diversidade são os enfoques adotados, que apresentam bases ontológicas, que se refere à forma de se aproximar do objeto e construir conhecimento, epistemológicas e metodológicas diferentes.

De acordo com Wiesenfeld (2005, p. 54):

A Psicologia Ambiental tem sido definida como a disciplina que estuda as transações entre as pessoas e seus entornos, com vistas a promover uma relação harmônica entre ambos, que redunde no bem-estar humano e na sustentabilidade ambiental

Essa definição relaciona-se com a influência que a Psicologia Ambiental sofreu no Brasil. O início da Psicologia Ambiental no país foi marcado por uma forte influência da Psicologia Ambiental norte-americana, cujo foco é a pessoa e a otimização da relação pessoa-ambiente. Tal incorporação do modelo americano deixou à margem a pertinência desses conhecimentos da psicologia ambiental norte americana para o Brasil. Já a Psicologia Ambiental europeia nasce como um produto da crise social e habitacional do pós-guerra, apresentando uma forte vocação social (WIESENFELD, 2005). O autor afirma ainda que se podem encontrar coincidências entre temas estudados por autores latino-americanos, norte-americanos, africanos e europeus assim como se pode encontrar discrepâncias entre autores de um mesmo país. E ainda, que temas similares podem ser compreendidos de formas diferentes dependendo da teoria ou metodologia adotada, em diferentes locais, ou dentro de um mesmo lugar.

Essa diversidade da Psicologia Ambiental ocorre devido a diversos fatores. Essa área não é marcada pela existência de um fio condutor de investigações, o que acaba por gerar a falta de parâmetros claros para a atuação profissional e pesquisa na área. Diante disso, surgem muitas vezes discrepâncias entre o interesse do investigador e os problemas do seu contexto. Isso por sua vez pode não ser considerado negativo uma vez que tal prática pode ir contra outros interesses políticos que não apresentam interesse em colocar a relação pessoa-ambiente como prioridade. Outro fator que contribui para a diversidade na área é a fragmentação do próprio objeto de estudo o que vai contra a própria ontologia do objeto que é a relação pessoa-ambiente. Ocorre assim a enumeração de variáveis em torno de um objeto ou outro. Tal entendimento está pautado dentro de uma

perspectiva positivista ou pós-positivista que considera a pessoa e o ambiente como realidades objetivas, que independem da forma de acessar seu estudo. Paralelo a isso, há tímidas iniciativas que consideraram a relação pessoa-ambiente como uma totalidade histórica e relativa (WIESENFELD, 2005).

Wiesenfeld (2005) analisou o objeto de estudo da Psicologia Ambiental a partir dos periódicos *Environment & Behavior* e *Jornal of Environmental Psychology*, de congressos e estudos latino-americanos. O autor afirma que, dos 332 artigos publicados entre os anos de 1998 e 2002, 305 deles respaldam-se em teorias que possuem paradigmas positivistas ou pós-positivistas, e apenas 27 apoiaram-se em outros enfoques como fenomenologia, construcionismo e enfoque ecológico. Ao que parece, é essa diversidade da área que leva Günther (2003) a afirmar que a Psicologia Ambiental deve estar relacionada a problemas e não a teorias específicas, pois a natureza não se limita a uma única formulação teórica.

Wiesenfeld (2005) descreve uma série de problemáticas da Psicologia Ambiental. O enfoque individual adotado em muitas investigações dificulta a identidade psicossocial da Psicologia Ambiental. Outro ponto importante é o isolamento da Psicologia Ambiental em relação a outras áreas da Psicologia, da Arquitetura e do Urbanismo o que contradiz seu caráter interdisciplinar. Ocorre uma subestimação de referência temporal nos estudos psicoambientais. Um fator a ser ressaltado aqui é que essa mesma dimensão tempo, quando considerada em alguns estudos, é abordada de formas diferentes. Outra escassez da área, segundo o autor, é o posicionamento ético e político, na forma como a literatura aborda o comportamento humano e o ambiente, e as implicações sociais de seus resultados.

Wiesenfeld (2005), a partir dessas considerações, apresenta algumas reflexões e recomendações. O objeto da Psicologia Ambiental é muito rico e, para que não se perca essa riqueza, é necessário um critério democrático que inclua a participação de diversas áreas, para a seleção de temas a serem estudados. O diálogo entre os diferentes enfoques da Psicologia Ambiental deve ser considerado para que se gerem novas posturas que considerem os aspectos positivos e as limitações das diversas perspectivas. Deve haver uma preocupação maior com a utilidade potencial dos resultados alcançados, bem como um maior compromisso na sua divulgação. Por fim, o autor considera que o que deve ocorrer é um maior diálogo entre as diversas Psicologias Ambientais.

Corral-Vernugo (2005) propõe, então, que não se deve abandonar a ideia de uma Psicologia Ambiental universal, mas sim que esta deve buscar compreender como aspectos diversos e similares das pessoas podem colaborar para uma melhor adaptação da pessoa ao ambiente de forma responsável e eficiente.

Wiesenfeld (2005, p. 65), ao ser questionado se a realidade sociocultural pode levar a diferentes Psicologias Ambientais, faz algumas reflexões. Primeiramente, entende-se esse questionamento como: “a realidade tem o potencial de fazer algo por ela mesma?” Isso já parte de uma lógica positivista que compreende a realidade de forma fragmentada. Entretanto “Isto não quer dizer que as diferentes realidades socioculturais não impliquem distintos modos de focar o objeto da Psicologia Ambiental [...]”. Uma outra forma de compreender a primeira pergunta é a que parte de uma lógica de que existem

[...] enfoques que não levam em consideração as características do contexto e, baseando-nos neles, diríamos que não são as realidades que propiciam os enfoques, mas que são os enfoques que constroem realidades. Reformularíamos então o enunciado da segunda pergunta dizendo: *Podem os diferentes enfoques da Psicologia Ambiental construir diferentes realidades socioculturais?* E a resposta seria afirmativa. (Wiesenfeld, 2005, p.66)

Posteriormente o autor conclui:

[...] não seriam as realidades as construtoras de enfoques, mas antes que, de acordo com os enfoques adotados, poderíamos abordar a dita diversidade de um ou outro modo, resgatando em seus postulados os aspectos da realidade que se tenta enfatizar e os modos de concebê-la. (Wiesenfeld, 2005, p.67)

Rabinovich (2005) afirma que é a própria realidade sociocultural que define e dá origem ao objeto de estudo da Psicologia Ambiental. E que, mais do que o sujeito ou o objeto, é a relação entre ambos o centro da Psicologia Ambiental. Para o autor, o objeto não existe de forma independente do campo e da pessoa e, uma vez existindo, impossibilita outras formas de conhecimento que não sejam influenciadas pelo pensamento hegemônico. É a própria realidade brasileira que constrói o objeto de pesquisa, o pesquisador dessa forma torna-se dependente de tal realidade. Pode-se entender então que tudo, campo, pessoas e objetos, são interdependentes em sua existência.

Assim Rabinovich (2005, p. 125) conclui:

[...] o objeto da Psicologia Ambiental é estudar o modo de ocupação, no tempo e no espaço, das trajetórias dos indivíduos no território, não esvaziando-o de sua especificidade cultural, mas inscrevendo-o em sua geografia e história. No Brasil, o objeto é a brasilidade.

O que Rabinovich (2005) destaca em seu artigo é a problemática da importação de modelos e conceitos, que, ao invés de desvelar o objeto de estudo da Psicologia Ambiental, acaba por encobri-lo, pois não utiliza para isso métodos de investigação adequados.

Pinheiro (2005) destaca a importância de trabalhar o comprometimento ambiental e não a preocupação ambiental, que é uma herança do modelo médico, pois a Psicologia Ambiental não tem uma postura remediativa, mas sim de prevenção frente aos problemas ambientais. Tal proposta pretende que, ao invés de perceber o problema e procurar uma solução para ele, sejam considerados os aspectos positivos e, a partir deles, seja-se capaz de criar ou ampliar as possibilidades da pessoa. Isso envolve o comportamento, seja em relação a si mesmo e à saúde, seja em relação à própria comunidade e o ambiente.

A predisposição para atitudes e comportamentos pró-ambientais pode ser melhor compreendida quando se estudam os valores humanos. Partindo desse pressuposto, Coelho, Gouveia e Milfont (2006) realizaram um estudo com 208 estudantes universitários e utilizaram como instrumento de coleta de dados o Questionário dos Valores de Schwartz, a Escala de Atitudes Ecocêntricas e Antropocêntricas e uma pergunta sobre a intenção de adotar comportamentos pró-ambientais e se engajar em atividades que tratem do cuidado com o meio ambiente. Os resultados indicam que as pessoas do tipo motivacional universalista, caracterizado, entre outros fatores, pela compreensão e proteção das pessoas e da natureza, tendem a apresentar mais predisposição para agir em prol do meio ambiente. Os resultados também apontaram que os participantes que mais pontuaram na dimensão autotranscendência (pessoas capazes de transcender aos interesses particulares e promover o bem-estar de todos e da natureza) também apresentaram um alto grau de pontuação nas atitudes ecocêntricas, caracterizadas por se basear em valores intrínsecos à natureza, e no compromisso em participar de atividades que favoreçam o meio ambiente.

Os autores apontam algumas limitações do próprio estudo, como a utilização do autorrelato das pessoas para avaliar a intenção do comportamento,

pois, em se tratando de comportamentos pró-ambientais, esse tipo de resultado tende a ser superestimado. Outra limitação do estudo descrita foi que a população era composta de jovens, que apresentam uma maior preocupação ambiental, e a maioria dos participantes eram mulheres, o que pode ter influenciado também nos resultados. Por fim, Coelho, Gouveia e Milfont (2006) sugerem que valores que contemplem a dimensão do universalismo sejam ensinados às pessoas desde criança, pois possivelmente favoreceram atitudes ecocêntricas que por fim levaram a comportamentos pró-ambientais. Quando os autores comentam que a maioria da população entrevistada foi de mulheres e que isso pode ter interferido nos resultados encontrados, parece sugerir que há uma diferença de gênero relacionada ao cuidado com o meio ambiente.

Castro e Abramovay (1997), a partir de uma pesquisa que considera as relações de gênero e a questão ambiental nas práticas desenvolvidas por Organizações Não Governamentais (ONGs), comentam que, por vezes, existe uma visão essencialista entre a mulher e o meio ambiente, por considerar que são elas que educam as crianças, cuidam da casa, do alimento e sofrem mais diretamente a falta de saneamento. Outro estudo, realizado por Jacobi (2000), revela que o público alvo de sua pesquisa sobre os problemas ambientais da cidade de São Paulo eram mulheres, por estarem estas em contato direto com o cotidiano domiciliar e, conseqüentemente, dos problemas ambientais. As mulheres foram escolhidas por um entendimento prévio do autor, que considera ser a mulher quem mais entende das condições ambientais relativas aos domicílios, já que o ambiente considerado nessa pesquisa se referia às condições de habitação e do entorno da moradia.

Tais concepções têm sido criticadas pela vertente do construcionismo social sobre gênero, que busca superar tanto a abordagem essencialista como a socializante, na construção das relações de gênero (NOGUEIRA, 2001). O importante é compreender como as relações de gênero são construídas culturalmente, ou seja, quais os sentidos atribuídos à relação entre feminino e masculino, homens e mulheres e o meio ambiente. Assim, para tratar de algo tão grandioso como é o meio ambiente, necessita-se do envolvimento de toda a população, e não de uma parcela desta.

Na pesquisa realizada por Jacobi (2000), as participantes identificaram o governo como sendo o responsável pela solução dos problemas ambientais. A

predisposição para se engajar em práticas que apresentem co-responsabilidades para o aumento da consciência ambiental é muito baixa. Nessa pesquisa, as moradoras de zonas periféricas, em detrimento de zonas intermediárias e centrais, comentaram mais da importância de mudança de atitude das pessoas de jogarem lixo nos córregos. Esse fato, por sua vez, está diretamente relacionado ao impacto que tais ações, principalmente em épocas de enchente, causam no cotidiano dessas populações que moram próximas aos córregos. O que aqui se apresenta não é uma consciência ambiental diferenciada, mas sim uma atitude de autodefesa frente aos problemas ambientais vivenciados.

Pode-se pensar que nem todos os grupos sociais compartilham da opinião de que o governo é o responsável, ou o único responsável, pelos problemas ambientais. De acordo com o entendimento de que tanto a sociedade civil quanto o governo são responsáveis pelas condições ambientais, é que ONGs tratam dessa temática. Pode-se perceber que diversas áreas se interessam pelo tema e que diferentes segmentos da sociedade procuram alternativas para melhorar as condições socioambientais, e nesse contexto as ONGs desempenham uma importante função.

Isso pode ser verificado na pesquisa realizada por Castro e Abramovay (1997) que comentam sobre diferentes ONGs que tratam direta ou indiretamente da questão ambiental. Muitas dessas organizações utilizam, em seus projetos e programas, palavras-chaves como democracia e cidadania. Já outras acabam por utilizar termos mais específicos ao seu trabalho, e outras, por sua vez, preocupam-se com as políticas públicas. Muitas ONGs surgiram na época da Ditadura Militar e estavam ligadas à Igreja, seus trabalhos eram realizados pelos programas e projetos em bairros da periferia, movimentos comunitários, entre outros. Tais ONGs desenvolviam uma função que o Estado não conseguia suprir.

Em meio a essa diversidade de formas de trabalhar com a temática ambiental, Moser (2005) considera importante trabalhar o conceito de qualidade de vida como noção transversal, para que a Psicologia Ambiental possa ser vista como uma disciplina que colabora na saúde e no bem-estar das pessoas, dando uma visibilidade social ao tema.

É a partir dessas considerações que os conceitos de habitação e de saúde se aproximam. Outro conceito tratado pela Psicologia Ambiental que propicia

esse diálogo é o de desenvolvimento sustentável. Para Moser (2001), quando a Psicologia Ambiental começa a se preocupar com a noção de desenvolvimento sustentável, possivelmente caminhará para o modo de vida e o comportamento pró-ambiental das pessoas. Nesse contexto, inclui-se a preocupação com a qualidade de vida, em que se considera a satisfação das necessidades da pessoa, sem comprometer a necessidade de gerações futuras. O que aqui também se destaca é a noção de bem-estar da pessoa, e não apenas o desenvolvimento harmonioso com o ambiente.

Para Jacobi (2000), a relação entre meio ambiente urbano e bem-estar deve ocorrer a partir de uma abordagem intersetorial. A Psicologia Ambiental assim, segundo Moser (2001), poderá contribuir com as questões ambientais por meio da reflexão sobre o bem-estar das pessoas. Ao comentar sobre o bem-estar das pessoas relacionando-o com o ambiente, é interessante considerar dois aspectos importantes dessa vivência, o local onde essas pessoas residem e as suas condições de saúde.

2.3.1 Algumas reflexões sobre habitação e saúde

De acordo com Cohen et al. (2004), o modo de viver das pessoas e sua interação com o meio ambiente, ao contrário do que afirma a ideia hegemônica do determinismo biológico e genético, está relacionada à saúde. Nesse contexto, a habitação se apresenta como um lugar primordial para a promoção da saúde da família. Quando o ambiente é considerado como determinante da saúde, a habitação se configura como um espaço de construção da saúde e de consolidação do desenvolvimento social. A habitação envolve o elemento físico da moradia e a qualidade ambiental do espaço construído, do seu entorno e das suas inter-relações (COHEN et al., 2004). Para os autores, o campo da Promoção da Saúde, à medida que amplia o conceito de saúde, aproxima-se de outros conceitos, como o de ambiente. Na relação entre esses dois conceitos, são consideradas tanto a dimensão física quanto a social, econômica e política, que acabam por defender a criação de ambientes saudáveis.

O ano de 1988 apresentou muitos avanços na situação de habitação pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atual Constituição Federal (COHEN

et al., 2004). De acordo com a definição de saúde, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p. 12):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Cohen et al. (2007) comentam sobre a habitação saudável como um potencial campo teórico-prático, que pode ser aplicado em estratégias de promoção da saúde, o que se concentra em debater sobre dois campos de atuação: ambientes que propiciem a saúde e políticas públicas saudáveis.

A preocupação central da habitação saudável é a melhoria do bem-estar da população, o conceito de habitação saudável visa consolidar intervenções nos determinantes da saúde no espaço físico construído, que envolve a dimensão biológica da pessoa, o seu estilo de vida e o meio ambiente (COHEN et al., 2004).

A Promoção a Saúde vem se consolidando exatamente enquanto espaço de reflexão da história social do processo saúde-doença, como campo de implementação de estratégias que aliem o conhecimento e as práticas, incorporando e analisando os determinantes biopsicossociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais. Utiliza como principal estratégia a ampliação do conceito de saúde e de qualidade de vida, propondo a articulação com outros setores como habitação, urbanismo, meio ambiente, educação, cultura, trabalho, economia, justiça, transporte e lazer, entre outros (COHEN et al., 2007, p. 192).

Para Cohen et al. (2004), a existência de cidades e municípios saudáveis só é possível a partir de habitações saudáveis. É necessário que se apresentem requisitos mínimos de moradia que propiciem saúde e bem-estar e garantam a dignidade humana. De acordo com os autores, o conceito de habitação saudável da Rede Brasileira da Habitação Saudável (RBHS) e a política pública do país têm muitos pontos em comum, e apresenta-se uma proposta de diálogo entre ambas por meio do Programa de Saúde da Família (PSF).

A precariedade habitacional, a deterioração da qualidade de vida, o impacto na saúde de ambientes insalubres e o distanciamento da comunidade científica da realidade comprovaram a necessidade de aumentar a eficácia e eficiência das políticas públicas de saúde. (COHEN et al., 2004, p. 809)

Os desafios para intervir sobre fatores determinantes da saúde no espaço construído são enormes e, para serem resolvidos, necessitam da colaboração de diversos campos científicos, da própria comunidade e do Estado.

Cohen et al. (2007) defendem a ideia de que as contribuições da intercessão entre o Movimento de Promoção da Saúde e da Habitação Saudável podem ocorrer a partir do entendimento dos conceitos de habitabilidade e ambiência. Segundo os autores, habitabilidade urbana refere-se ao entendimento da habitação em um sentido amplo e sistêmico que inclui a oferta e acesso da população aos equipamentos e infraestruturas públicas, bem como o sentido de pertencer, usufruir e ter direito à cidade. Outra forma de abordar tal conceito é o de habitabilidade da Unidade Habitacional, referente ao conjunto de fatores que interferem na qualidade de vida, comodidade e satisfação dos moradores considerando as dimensões físicas, psicológicas e socioculturais. O outro conceito é o de ambiência, relativo ao conforto em termos de adequação sociocultural e adequação ambiental. Esse enfoque critica o modelo biomédico e defende um conceito amplo e positivo de saúde que reorienta as práticas e os serviços de saúde. Além disso, uma nova forma de intervir no ambiente, que inclui as vivências dos moradores, apresenta-se a partir do planejamento de habitações e ambientes saudáveis.

Cezar-Vaz et al. (2007) realizaram uma pesquisa para compreender como enfermeiros e médicos que atuam na atenção básica à saúde, em dois municípios do extremo sul do Rio Grande do Sul, percebem seu trabalho a partir da relação saúde-ambiente, quais problemas ambientais identificam como fator que influencia a saúde da comunidade e como desenvolvem o seu trabalho frente aos problemas ambientais identificados. Tal pesquisa se baseia em uma proposta socioambiental, que está inserida na estratégia da Atenção Primária Ambiental (APA) e que é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse estudo, os autores concluíram que o processo organizativo do trabalho da atenção básica à saúde não é influenciado significativamente pela relação saúde-ambiente. Os participantes indicaram como melhor estratégia para se trabalhar a relação saúde ambiente, o conhecimento das situações ambientais do local que interfere direta ou potencialmente na saúde da população. Os autores ressaltam que a pesquisa é relevante e necessária, uma vez que implica na promoção à saúde ambiental local,

pois, a partir dela, torna-se possível a construção de estratégias de participação social que se apoiem no conhecimento, identificação e solução de problemas ambientais que interfiram na saúde, bem-estar e sustentabilidade local. A possibilidade de uma estratégia de ação ambiental, procura em última instância possibilitar que cada um se perceba como co-responsável na prevenção, conservação e recuperação ambiental e da saúde simultaneamente.

Identificar o processo de trabalho na atenção à saúde, considerando ações interativas e participativas, em uma dimensão socioambiental, permite redimensionar essa estrutura e alterar, se necessário, o saber gerencial coletivo (CEZAR-VAZ et al., 2007). Para COHEN et al. (2007), a existência de espaços saudáveis só é possível quando se elaboram políticas públicas saudáveis. Para os autores, essas políticas devem se basear em reflexões do espaço físico, que promovam a identidade com a realidade local e incluam as aspirações coletivas e individuais e o conceito de habitação saudável. Nesse contexto, é fundamental parcerias entre instituições acadêmicas e públicas que trabalhem com os temas de habitação e saúde dentro de uma perspectiva social.

Monteiro e Nazário (2000) desenvolveram uma pesquisa a partir dos dados contidos nos inquéritos domiciliares nos anos de 1984/85 e 1995/96, na cidade de São Paulo-SP, com o objetivo de descrever a situação dos condicionantes de saúde em crianças na cidade de São Paulo. A faixa etária considerada foi de zero a 59 meses de idade. Segundo os autores, ocorreram melhoras na qualidade das moradias, do entorno, do conforto e dos serviços de saneamento e do aumento do espaço físico. Apenas a proporção de crianças residentes em favelas não alterou.

Apesar desses avanços, as condições de habitação ainda estão distantes da condição ideal. Essa melhora, conforme Monteiro e Nazário (2000), está de acordo com o aumento do poder aquisitivo das famílias que participaram da pesquisa, pois ocorreu uma considerável redução da proporção de crianças que residem com famílias com renda inferior a 0,5 salário-mínimo per capita por mês (43,0% para 15,3%). Os serviços de abastecimento de água e coleta de lixo foram expandidos nas favelas, porém isso não ocorreu com a pavimentação de ruas, calçadas, rede de esgoto e serviços públicos, que nunca ou quase nunca foram considerados.

Jacobi (2000) realizou uma pesquisa sobre os problemas ambientais e domiciliares também na cidade de São Paulo. A pesquisa contou com uma amostra de 1000 domicílios, entre as zonas centrais, intermediárias e periféricas da cidade, que respectivamente correspondem a estratos da alta, média e baixa renda. Uma mesma região periférica pode vivenciar concomitantemente diferentes problemas, pois uma família afetada pelos problemas provenientes de morar ao lado de várzeas, também pode ser afetada pelo fato de morar próxima a córregos, que por sua vez podem ser vítima de enchentes. De acordo com o autor, esses fatores refletem diferentes condições socioambientais e diferenças quanto à percepção e atitudes dos moradores quanto aos problemas ambientais enfrentados. Tal relação parece não ser exclusiva da cidade de São Paulo, pois diferentes regiões do país parecem vivenciar tal situação, mudando as proporções do problema, seu tempo de duração, etc.

O número de filhos na região periférica é quase o dobro da região central, 80% das pessoas entrevistadas do bairro periférico eram de baixa escolaridade ou não alfabetizadas, enquanto 50% das participantes residentes na zona central haviam concluído o ensino secundário ou universitário. Na região central, 7% eram de origem rural, enquanto no distrito periférico essa percentagem é de 45%. Os moradores da região central destacam como problemas ambientais principalmente a poluição do ar e sonora provocada pelos carros. Já para a área periférica, esse não foi destacado como principal problema; mas, de modo geral, são esses os problemas mais destacados na cidade. Na periferia, o principal problema é o da violência, seguido pela falta de serviços, poluição da água e falta de esgoto. Evidencia-se aqui que as diferenças territoriais provocam diferentes riscos ambientais. Assim, nas zonas centrais da cidade de São Paulo, o excesso de trânsito é um grave problema ambiental, enquanto moradores da periferia estão expostos a outros riscos ambientais, tais como enchentes, córregos contaminados, presença de lixões e terrenos baldios (JACOBI, 2000).

Os moradores de áreas periféricas, que representam o maior número de domicílios quando considerada a distribuição sócio-territorial, destacam a necessidade de melhorias e condições de acesso a serviços básicos, ressaltando uma dimensão quantitativa dos problemas enfrentados. Quanto mais os moradores se aproximam de áreas plenamente urbanizadas, que apresentam uma

infraestrutura adequada, tanto menos há problemas ambientais enfrentados, o que favorece dados mais qualitativos (JACOBI, 2000). O aspecto cumulativo da exclusão social aqui se reflete, pois pode-se inferir que essa dimensão quantitativa se refere à inexistência de certos órgãos e serviços nas regiões mais periféricas da cidade, enquanto que as regiões mais centrais, que já contam com a presença desses organismos e serviços, reivindicam a melhoria do serviço oferecido.

Kran e Ferreira (2006, p. 130), a partir de uma análise da habitação e seu entorno, discutiram a qualidade de vida na cidade de Palmas, no estado do Tocantins. Para isso, utilizaram alguns indicadores, a saber: densidade demográfica, compreendida como a “razão entre o número total de moradores por hectare”; densidade habitacional, “razão entre razão entre o número total de unidades domiciliares por hectare”; habitações precárias, que não contam com serviços infraestruturais; habitações coletivas, ocupadas por mais de uma família; pavimentação de ruas; abastecimento de água; instalação sanitária; rede de esgoto; coleta de lixo e destino do lixo coletado. Os autores destacam que tais aspectos não são suficientes para a definição de um índice de qualidade de vida urbana. Entretanto, ressaltam que são aspectos importantes para se conhecer as necessidades e demandas de uma determinada população que se relacionam com as políticas públicas e com a sustentabilidade dos assentamentos.

A partir da análise dos dez fatores acima descritos, Kran e Ferreira (2006) concluem que a qualidade desses indicadores está fortemente relacionada à forma de ocupação urbana da cidade. Paralelo ao crescimento comercial e residencial e a um planejamento de ocupação e extensão da cidade, ocorre um aumento dos núcleos carentes que são empurrados para áreas de “habitação popular” ou áreas de ocupação irregular. Tal situação, o processo de ocupação da cidade, incluindo a moradia, reflete o padrão excludente de outras cidades brasileiras. Além disso, tal prática é legitimada pela legislação de ocupação e uso do solo urbano e pela especulação imobiliária. A cidade de Palmas conta com alguns indicadores positivos, como acesso à coleta de lixo e água tratada, ampliação da rede de asfalto e ausência de densidades super elevadas. Porém o aumento do número de habitações precárias e coletivas, somadas aos índices de esgotamento sanitário, é preocupante à medida que a cidade cresce.

O que a cidade presencia é um processo de urbanização excludente que faz com que a população mais carente busque formas alternativas, como invasões de prédios e terrenos, ligações clandestinas, etc. Kran e Ferreira (2006) alertam para a necessidade de agilidade e flexibilidade das políticas ambientais que parecem caminhar mais lentamente que a dinâmica da cidade. A omissão e a demora do poder público na resolução de problemas habitacionais possibilitam o risco da construção de favelas em áreas públicas que não contam com equipamentos públicos ou tratamento paisagístico.

Khoury e Gunther (2008) realizaram uma pesquisa com 315 idosos na cidade de Brasília, a fim de compreender a relação entre o ambiente de moradia e duas modalidades de controle percebido, controle primário e controle secundário. A primeira modalidade de controle refere-se ao esforço de adaptar o ambiente às próprias necessidades, e a segunda, à capacidade de adaptação ao ambiente. A respeito da relação entre controle secundário e alta densidade social, não houve correlação significativa. Isso pode ocorrer devido ao fato de a densidade social nem permitir que se identifique o controle secundário como uma forma de controle compensatório. Os resultados revelam que o controle primário com recursos próprios era menor naqueles idosos que habitavam ambientes com alta densidade social. Tais idosos, em detrimento daqueles que habitavam residências com menor densidade social, tinham menos amigos, saíam menos de casa, realizavam menos atividades de integração social, etc. Essa situação leva os autores a comentarem que a alta densidade pode levar a uma maior dependência e inatividade do idoso. A alta densidade social não está relacionada a uma maior rede de apoio psicossocial.

Os autores concluem que a baixa densidade social e o fato de ter um quarto só para si ou para o casal podem facilitar o controle primário de idosos. Isso ocorre na medida em que facilitam a realização de uma série de atividades em casa, como decidir o que comer, o que assistir na TV, liberdade de receber amigos, etc. A alta densidade social somada à falta de controle sobre a forma em que se vive pode ser um fator desfavorável ao envelhecimento saudável (KHOURY; GUNTHER, 2008).

Peixoto e Luz (2007) realizaram um estudo sobre a recoabitação entre gerações, esse processo implica uma nova forma de organização familiar, que introduz uma reorganização do espaço físico e das regras e afazeres domésticos.

As causas mais apontadas para tal fato são o alto índice de desemprego, o divórcio, baixo salário, a viuvez e os filhos que nunca saíram da casa de seus pais. Nesse cenário, a família se apresenta como um suporte central para as pessoas. Assim, problemas como desemprego e baixa remuneração não podem ser considerados problemas individuais uma vez que afeta toda a família. Apesar de a volta dos filhos à casa dos pais não ser um fenômeno recente, o que no momento, segundo as autoras, chama a atenção é a dimensão dessa prática. Para que esse fenômeno ocorra nesse momento histórico, um fator econômico em especial foi muito importante, pois, em um momento anterior de crescimento econômico, ocorreram maiores facilidades para o financiamento da casa própria, fato este que beneficiou tanto as camadas mais populares quanto as da classe média da sociedade brasileira. Além disso, atualmente, o maior número de divórcios colaborou ainda mais para a esse fenômeno.

A co-residência é mais frequente entre as mulheres de mais de 60 anos, de acordo com Peixoto e Luz (2007), isso ocorre devido a busca de apoio moral após a viuvez. O que determina quem irá se mudar é a posse do imóvel. Assim, se uma mulher que enviuvou tiver casa própria, mais provavelmente um filho que não a tem, vai morar com ela. Já no caso da mulher não ter casa própria, ela se muda para a casa de um dos filhos, ou ainda, de um parente próximo ou uma amiga que passa por uma situação similar à dela, morando raramente sozinhas. Assim, de acordo com os autores, pelo sentimento da solidão, as mulheres optam pela re-coabitação. Já os casos de viúvos que moram sozinhos são comuns, pois eles não querem ser tolhidos em sua liberdade e independência e não querem perder o respeito que conquistaram ao longo da vida. As mulheres de baixa renda são as que apresentam mais fatores negativos quando discutida a re-coabitação, pois muitas delas nunca trabalharam e, quando trabalham, geralmente é em atividades de baixa remuneração; além disso, elas apresentam baixo nível de escolaridade e ficam viúvas mais do que os homens.

Nos momentos difíceis da vida, a coabitação, mesmo que indesejada, faz parte de uma dinâmica familiar de solidariedade e apresenta um suporte entre gerações. Porém a re-coabitação também propicia que as relações familiares se tornem mais densas e mais passíveis a tensões, o que pode acarretar rupturas entre gerações. Com a reduzida participação do Estado, cabem às famílias o suporte dos

seus segmentos, pois é a família que se mobiliza mais diretamente para a solução dos problemas. Esse aspecto também é uma das causas para que aposentados continuem a trabalhar (PEIXOTO; LUZ, 2007).

Para que o Estado desempenhe efetivamente sua função em relação aos problemas ambientais, ele deve se comprometer com a diminuição do déficit habitacional. De acordo com Genovois e Costa (2001), tal déficit se refere às moradias que devem ser construídas para substituir as existentes, que não apresentam condições de uso por falta de segurança, somadas às que necessitam ser construídas para as famílias que não têm moradia. Os dados sobre o déficit habitacional no Brasil são muito discrepantes entre si, pois as fontes utilizam diferentes metodologias em seu registro, o que impossibilita uma comparação espaço-temporal entre regiões ou dentro de uma região.

A fim de colaborar para um melhor entendimento dessas diferenças sobre os déficits habitacionais, Genovois e Costa (2001) realizaram uma pesquisa que compara a metodologia utilizada pela Fundação João Pinheiro em 1995 e pela Fundação Seade em 2000. Os conceitos e a forma de categorização entre ambas variam e estão de acordo com suas justificativas, apresentando assim diferentes potenciais e limitações. Os autores alertam para a necessidade de que os técnicos que trabalham com condições habitacionais ou populações carentes dominem tais conceitos para que possam de fato dar suporte, a partir dos dados, ao planejamento de ações governamentais. Os autores defendem que, para o aprimoramento dos dados sobre déficits habitacionais, devem-se identificar os domicílios pela forma de ocupação, características do espaço e pelas características da habitação, considerando sempre a cidade 'real', que inclui os chamados 'moradores de rua', 'invasores', os contratos verbais de aluguel, ocupações de construções inacabadas, etc. Dessa forma, os autores acreditam que podem caminhar para o melhoramento das condições de vida e de moradia daquela população mais necessitada.

São vários os grupos de pessoas que necessitam de políticas habitacionais, como os 'moradores de rua' e a população que mora em apartamentos ou casas superlotadas sem manutenção. Além desses, os loteamentos clandestinos, resultantes de uma ocupação desordenada, criaram bairros com condições impróprias para moradia, que apresentam alto índice de

moradias e baixo índice de infraestrutura e áreas verdes. (GENOVOIS; COSTA, 2001).

De acordo com Cohen et al. (2004), as ações do Estado brasileiro, apresentam-se fragmentadas, desvinculando o social do econômico. O autor faz essa colocação referindo-se aos serviços de saúde no Brasil, porém, a partir dessa afirmação, pode-se inferir que, muitas vezes, as diferenças econômicas são determinantes para as diferentes vivências da população em relação ao acesso à moradia e às condições de habitação.

Genovois e Costa (2001) defendem que a população que habita a chamada “cidade irregular” não pode ser responsabilizada por essa situação, uma vez que elas não têm acesso ao mercado imobiliário formal, e essa alternativa se apresenta como uma forma de conseguir um abrigo.

A partir disso, pode-se inferir que a forma como as pessoas transitam em diferentes espaços e se relacionam com ele está fortemente marcada por questões sociais e históricas. Essas diferentes dimensões espaciais vivenciadas pelas pessoas serão brevemente comentadas a seguir.

2.3.2 A PESSOA EM DIFERENTES ESPAÇOS SOCIAIS

O ambiente apresenta grande importância na identidade da pessoa, pois é o ambiente que situa a pessoa em vários aspectos de sua vida, sejam eles sociais, econômicos e culturais, pois o ambiente, à medida que se constrói, retorna às pessoas repleto de novos significados (MOSER, 2005).

Mourão e Cavalcante (2006) realizaram uma pesquisa a fim de conhecer a identidade dos moradores de uma determinada localidade rural que sofreu um processo de industrialização e urbanização. A pesquisa ocorreu junto a: (1) pessoas que moravam na localidade antes da transformação, (2) habitantes de conjuntos residenciais que vivenciaram a transformação e (3) moradores jovens que chegaram após tais transformações. Os três tipos de moradores se apresentam vinculados à cidade, porém de diferentes formas, dadas as diferentes origens sociais. Os autores concluíram que a cidade possui uma identidade, porém ela não é hegemônica e varia de acordo com a percepção que a pessoa tem do seu bairro, tanto em seus aspectos físicos quanto sociais, e com sua relação com a cidade. Existiam também

elementos comuns, como o valor que é atribuído aos símbolos do passado, a participação nas festas e no cotidiano da cidade, que indicaram a presença de uma identidade relacionada à cidade. As diferentes formas de perceber o espaço podem implicar também diferentes formas de se relacionar com esse espaço.

Moser (2001, 2005) refere-se a quatro níveis de espaços sociais. O primeiro é o microambiente, referente à pessoa e à moradia; o segundo são os ambientes de proximidade, semipúblicos, referente ao bairro, aos espaços verdes e a praças da comunidade; o terceiro são os ambientes coletivos públicos, que são as cidades, os vilarejos, etc; e o quarto nível é o ambiente global, que envolve tudo o que é construído ou não. O único fator que parece ter sido considerado de forma diferente é o local de trabalho, pois Moser (2001) o descreve como sendo pertencente ao primeiro nível e, posteriormente, Moser (2005) o descreve no segundo nível; porém o autor não esclarece o motivo de tal variação.

Outros quatro tipos de conceitos de ambiente físico são destacados por Günther (2003): espaço pessoal, que se refere aos limites invisíveis que cercam o corpo humano; territorialidade, que se refere a um conjunto de atitudes e comportamentos realizados por uma pessoa ou por um grupo a fim de controlar um espaço ou objeto físico ou ainda uma ideia; privacidade, quando se seleciona o acesso à pessoa ou ao seu grupo; e, por fim, densidade/apinhamento, o primeiro é uma medida objetiva, que é o número de pessoas dentro de um espaço físico, e apinhamento é o estresse e o desejo de sair desse local percebido como denso. É interessante perceber que mesmo o nível individual está relacionado tanto a espaços físicos quanto a existência de outras pessoas, e que a noção de espaço também envolve um sentimento que foi construído dentro dessas relações espaciais e interpessoais.

Günther (2003) sugere um quinto espaço, que é a mobilidade, pois sem ela as relações seriam estáticas. O autor afirma que o movimento de uma pessoa, ao mesmo tempo em que interfere nas características do outro, também sofre transformações pelo seu próprio movimento. Pode-se considerar, então, que, à medida que a pessoa se desloca, o local de onde ela partiu se altera, e o local aonde ela chega também se altera. Apesar de esse espaço pessoal ser o mesmo nos dois lugares, ele é entendido e percebido de maneiras diferentes.

A mobilidade local se apresenta como um desafio do novo século que confronta as diversas culturas, e assim, as diferentes necessidades. A globalização, de acordo com Moser (2001), traz o temor da padronização de valores e o aumento do anonimato. Nesse movimento, devem-se considerar as particularidades e as diferenças culturais e locais, para que se compreendam as necessidades específicas das pessoas. Para Moser (2001), a Psicologia Ambiental, considerando o processo de globalização, permite uma reflexão ao mesmo tempo mais geral e culturalmente relativa, o que redimensiona conceitos amplamente usados nessa disciplina, como comunidade local, identidade ambiental e apropriação.

A partir do exposto, fica explícito não se poder considerar o ser humano fora de uma determinada área geográfica. Essa inerente interação entre pessoa e meio ambiente ocorre de diferentes formas, pois é influenciada, segundo Mourão e Cavalcante (2006), tanto por fatores como sexo, idade, etc, como também pelo tempo de relação que pessoa tem com o lugar e o seu local de moradia. Os autores revelaram que a casa é considerada o espaço mais importante para as pessoas. É possível, pois, assim supor que quanto menor é essa abrangência, maior é o sentimento de pertencimento e compromisso, e conseqüentemente, maior o cuidado.

Nesse contexto, a mobilidade e a migração se configuram como processos que podem interferir no processo de apropriação da pessoa com os diferentes espaços sociais, incluindo aí seu próprio local de moradia.

2.4 O PROCESSO MIGRATÓRIO

Inicialmente, é importante comentar que, durante as décadas de 1970 e meados da década de 1980, existiu uma concentração de estudos que abordam a temática da migração no Brasil. Trata-se de estudos que comentam sobre aspectos políticos e sociológicos da migração, em que os aspectos econômicos são os mais destacados, e cujos autores, em sua maioria, parece ter uma formação acadêmica na área de economia e sociologia. Além desses, alguns estudos comentam sobre doenças específicas relacionadas ao processo de migração, como a malária e a esquistossomose. Após esse momento, segue-se um período aparentemente sem muitas publicações a respeito do assunto. Essa temática então é retomada nos

estudos científicos na década atual. Nesse momento, a migração parece ser abordada sobre um novo enfoque, pois inicia-se um movimento de inserção de uma abordagem psicossocial do tema. O interesse científico pelo assunto e as consequentes publicações parecem estar relacionados ao aumento do número de migrações nessas duas épocas, pois, na década de 1970, ocorreu uma elevação das migrações, como será abordado no decorrer deste capítulo, e atualmente, já na década de 2000, em que esse aumento está relacionado ao processo de globalização.

Dessa forma, buscando as contribuições de autores que analisaram o processo de migração no Brasil em diferentes épocas, contextos e enfoques, é que se apresentam as contribuições de autores de diferentes épocas e formações. É interessante destacar ainda que a área da Psicologia parece contribuir, de forma muito tímida, no estudo dessa temática, pois são raros os estudos sobre migrações realizadas por psicólogos, sendo tal assunto, mais comumente estudado por sociólogos e demógrafos.

O fenômeno da migração é complexo, pois, como afirma Cunha (2005), além de ter múltiplas dimensões temporais e espaciais, ele não tem uma definição única. O autor considera que os dados do censo demográfico são os que melhor representam esse fenômeno, mas também aponta diversas limitações quanto ao seu uso, dentre as quais o seu caráter não retrospectivo, em que seus dados funcionam como uma 'fotografia' da data do censo, não indicando há quanto tempo tal fato ocorreu. Isso impossibilita a qualificação dos migrantes no momento da mudança. Porém ressalta que, se os dados censitários forem usados com cautela, criatividade e critério, há sugestões sobre diversos temas.

Conforme Yap (1980), as migrações rural-urbana do pós-guerra desempenharam um papel fundamental no desenvolvimento econômico do Brasil. Esses efeitos positivos beneficiaram não só os migrantes como também outros segmentos da população. Tais fatores podem ser representados na elevação do nível de renda e distribuição salarial, porém não se devem ignorar os problemas ocasionados pela rápida urbanização do país. Entretanto mesmo ganhando mais nas cidades, a renda do migrante absoluta é baixa, e eles apresentam limitações quanto à utilização dos serviços sociais.

A partir da década de 1930, a economia e a sociedade brasileira passam por mudanças estruturais que vão se refletir na grande expansão urbana e, a partir de 1970, é que os dados censitários revelam que a população urbana se torna maior que a rural (BRITO; SOUZA, 2005). Nesse ano de 1970, o censo demográfico, segundo Carvalho e Martine (1977), também revela que um terço da população do país, 30 milhões na época, residia fora do seu local de nascimento, sendo que tais números não contemplam as migrações realizadas dentro de um mesmo município, que é uma das mais frequentes. Esse fato de não considerar as migrações intramunicipais, segundo os autores, colabora no pensamento do senso-comum de que as migrações entre rural-urbano são as que mais ocorrem. Porém, tais migrações correspondem a apenas 18% do total. Tal fato ainda é corroborado pela definição de áreas marcadamente rurais como sendo urbanas.

Na segunda metade da década de 1950, paralelamente a esse fenômeno, vão se expandindo o sistema de transporte e os meios de comunicação em massa, o que representa a construção de novos padrões de relações sociais, dentre elas a de produção e estilos de vida (BRITO; SOUZA, 2005).

A falta de oportunidade de trabalho, os aspectos climáticos, a expectativa por melhores condições de vida, a estagnação ou modernização de certas regiões que terminam expulsando seus moradores e a expansão econômica que atrai novos moradores acabam motivando a população brasileira para migrar, mudando de local de residência. Entretanto, tais expectativas nem sempre são confirmadas pela realidade. Apesar disso, parece haver certa racionalidade no processo migratório, pois as pessoas se dirigem para regiões que apresentam melhores condições salariais. A renda tende a aumentar de acordo com tempo de permanência no novo local de moradia nas regiões de São Paulo e Rio de Janeiro, mas o mesmo não ocorre nas regiões metropolitanas do Nordeste (CARVALHO; MARTINE, 1977).

Os moradores de zonas rurais mais fechadas são atraídos para os grandes centros também pelo acesso aos serviços de saúde. Paralelo a isso, as mulheres vivenciam uma maior liberdade em relação a seu corpo, ao sexo, à renda, etc. Isso também é propiciado pelo acesso a certos serviços como as creches em que as mães podem deixar seus filhos. Assim, muitas mulheres podem dar um novo sentido a esse novo tempo (SILVA; QUEIROZ, 2006).

Percebe-se que tudo isso faz parte de um processo de conquistas da mulher, pois estudos mais antigos, como o de Carvalho e Martine (1977), revelam que as mulheres que migravam do Nordeste para o Rio de Janeiro e São Paulo vivenciavam melhores condições de salário no novo local de moradia. E Pastore (1969) comenta que as mulheres casadas que migraram para Brasília trabalhavam mais fora de casa, do que antes de se mudarem.

Outra razão para a migração, comentada por Silva e Queiroz (2006), é a razão psicológica, que pode ser exemplificada pelo rompimento de uma situação emocional insustentável, como no caso de não gostar do local de moradia pela existência de fofocas na comunidade que geram desconforto, podendo fazer com que pessoas fujam desse cenário.

Carvalho e Martine (1977) comentam que, quando se resume a migração às pessoas que migram, criam-se estratégias que visam ao atendimento dessas pessoas de forma direta e imediata que garantam certos recursos como passagens, hospedagem, assistência médica, etc. Baseado nessa forma de entendimento, é que se instalam os Centros de Triagem e Encaminhamento de Migrantes - CETREMI's.

Brito e Souza (2005), ao pesquisarem o processo de urbanização e concentração da população nos grandes aglomerados metropolitanos, analisaram como esse processo ocorreu no Brasil, e para isso utilizaram como referência a Região Metropolitana de Belo Horizonte. Os autores afirmam que ambos os processos ocorreram praticamente da mesma forma, tendo em comum a metropolização da pobreza, pois, com as mudanças estruturais ocorridas na segunda metade do século XX, quando ocorre simultaneamente a metropolização e a urbanização, há um crescimento dos aglomerados urbanos e de sua população, transferindo para os municípios periféricos a capital tal crescimento populacional. Brito e Souza (2005, p. 63), ao final dessa pesquisa, concluem:

Na verdade, essa transferência de comando de crescimento populacional foi resultante da redistribuição espacial mais pobre, sob o comando do capital imobiliário e supervisão do poder público. Em síntese, resultante da estrutura social e espacial desses grandes aglomerados metropolitanos, que é alinhavada por uma grande desigualdade social.

A partir disso, verifica-se o quanto o processo de migração e as condições de habitação estão relacionadas com a economia, a ação, ou a omissão do poder

público e com a desigualdade social presentes neste país. Pode-se inferir que esse processo de saturação imobiliária, além de ocorrer entre municípios, pode ocorrer entre bairros de uma mesma cidade.

Carvalho e Martine (1977) consideram que, ao se analisarem as migrações nordestinas, é preciso situar as ações políticas e administrativas que são realizadas pelo governo. Nesse sentido, é importante identificar se esses movimentos fazem parte de políticas regionais que visam ao desenvolvimento regional ou se fazem parte de uma política nacional que visa ao desenvolvimento regional. Nesse último caso, apesar de se priorizar determinadas regiões do país, o que se busca é um desenvolvimento harmônico e integral do país. Os autores discutem que no Brasil não há o segundo tipo de política e que as ações governamentais se assemelham a do primeiro tipo. Mas que tal inserção na prática é dificultada pela consideração de que o desenvolvimento urbano é uma prática independente, caminhando para soluções particularizadas dos problemas urbanos que são insatisfatórios quando considerados em dimensões mais amplas. Tal reflexão pode ser utilizada para outras formas de migração, não resumida apenas aos migrantes nordestinos, como também não limitada àquele momento.

Corsini (2006) faz uma importante colocação a respeito da autonomia das migrações, em que são as pessoas, as redes familiares e afetivas que dão muito mais formas à migração que os governos e, como consequência, há uma ideia central e de integração social que considera a discriminação, a exclusão e os estigmas como meros efeitos colaterais. Assim, infere-se que o nível de atuação do governo tanto no local de origem, quanto no local de chegada do migrante, apresenta uma importante função no processo de migração. Mais uma vez aqui se pode analisar a relação de poder, pois tanto o poder da sociedade civil, representado pelas redes de apoio social, quanto o poder público, têm responsabilidades a cumprir em relação a esse assunto e, quando há a omissão de algum deles, o outro conseqüentemente ganha mais poder e autonomia. Esse fato indica a importância de políticas públicas que tratem o assunto de maneira eficaz e respeitosa.

Para Carvalho e Martine (1977), o governo passou a se ocupar do fenômeno migratório quando a grande concentração de migrantes nas áreas urbanas, particularmente nas metrópoles, influenciou no aumento dos problemas

econômicos, sociais e políticos dessas cidades, o que acabou por deteriorar as condições de vida de seus habitantes. Isso ocorre com o aumento da deteriorização ambiental, das favelas e das taxas de subemprego que, em detrimento da crescente urbanização em consequência dos movimentos migratórios, acabam por acentuar as diferenças regionais.

Para Yap (1980), as políticas urbanas deveriam objetivar a redução da pobreza urbana e sua relação com a pobreza rural, e não a redução dos fluxos migratórios para as cidades. Pois não se deve ignorar a existência de incentivos privados para tais migrações e os ganhos sociais a elas associados.

O desequilíbrio entre a oferta e a demanda de mão-de-obra no mercado de trabalho, principalmente no meio urbano, é o que chama a atenção do governo para o fenômeno, que toma uma providência concreta pelo Decreto-Lei 1967, que define que o Ministério do Interior deve tratar da “[...] ocupação do território, radicações de populações e migrações internas” (CARVALHO; MARTINE, 1977, p. 38).

Outra pesquisa, que demonstra a forte relação da economia com as ações políticas e sociais, é a de Mourão e Cavalcante (2006), que realizaram um estudo na cidade de Macunaíma, localizada na região metropolitana de Fortaleza, que passou de uma cidade rural a uma cidade industrial, por meio da implantação de um distrito industrial. O estudo buscou conhecer a identidade dos moradores dessa cidade, para isso foram considerados três grupos: os já moradores da região antes da transformação; os moradores dos conjuntos habitacionais que vivenciaram o processo de transformação; e os jovens que só conhecem a cidade tal como ela é na atualidade. Esses diferentes moradores e as mudanças no espaço físico da cidade propiciaram novas dinâmicas, e a cidade que inicialmente foi inventada por decreto governamental passou por metamorfoses provocadas por seus moradores e foi reinventada e reconstruída.

Os moradores originais afirmaram que, antes da mudança, a cidade mantinha fortes relações de vizinhança e amizade, e tal coesão era influenciada pelo relativo isolamento em que viviam, porém essa mesma coesão foi o que contribuiu para a permanência dessa população no local após a chegada dos novos moradores. Para os moradores do conjunto, o que é mais marcante é o enraizamento pela casa própria que adquiriram naquela cidade, pois o local mais

importante para eles era a casa. Esse fato contribui para a permanência no local, mesmo sem ter inicialmente estrutura de saúde e educação (MOURÃO; CAVALCANTE, 2006).

A partir do momento em que esses elementos vão surgindo, a interação com o local vai se ampliando, indo além do espaço da casa e participando da vida social da cidade. O terceiro grupo de moradores, os jovens, vêm se apropriando do lugar por meio de uma vivência ativa, de interação com outros jovens, e compreendem que podem transformar o espaço com suas ações, o que ocorre a partir da possibilidade de participarem como cidadãos desse espaço. Todos os três grupos de moradores se referem à cidade como uma cidade de futuro e, com a valorização do lugar, há a valorização deles (MOURÃO; CAVALCANTE, 2006). Nesse sentido, pode-se inferir que o local de moradia é um dos mais importantes aspectos da identidade da pessoa.

Esse aspecto futurista em que alguns moradores compreendem a cidade onde vivem, pode dificultar estudos que busquem identificar a satisfação atual das pessoas com o seu local de moradia. Tal aspecto também foi comentado por Pastore (1969) em relação à cidade de Brasília, que passou a ser a capital do Brasil no ano de 1960, e naquela época seus moradores, movidos pelo aspecto futurista e integracionista da cidade, apresentavam valorizações muito diferentes e desencontradas.

De acordo com Mourão e Cavalcante (2006), muitos fatores contribuíram para as transformações da cidade de Macunaíma, como o crescimento de Fortaleza a partir dos anos 1950, marcado por uma intensa migração rural-urbano. A construção de conjuntos habitacionais surge como uma possibilidade de resolver diversos problemas, tais como oferecer moradia à população de baixa renda e liberar grandes áreas urbanas, ocorrendo assim uma “limpeza” dos espaços urbanos. As indústrias instaladas, além de provocar poluição, não geraram empregos para a maioria da população dos conjuntos habitacionais. O aspecto físico da cidade apresenta-se fragmentado e seus aspectos sociais também, pois existem as casas dos moradores originais e as casas dos conjuntos. Outro aspecto importante é a queixa da falta de identidade da cidade, que se torna uma cidade dormitório, fato que dificulta o envolvimento dos moradores com os problemas da cidade. Macunaíma passou a ser uma cidade urbanizada a partir do sonho das

pessoas em ter a sua casa própria

Segundo Carvalho e Martine (1977, p. 37):

De modo geral, os problemas sociais só são encarados e tratados conseqüentemente na medida em que podem repercutir negativamente sobre o equilíbrio do sistema econômico e social e, portanto, político. Essa visão não constitui privilégio apenas no Brasil e nos chamados países subdesenvolvidos; ela também faz parte da prática político-administrativa das nações desenvolvidas.

Assim, ações do governo, como no caso anteriormente citado, em que este busca limpar a área urbana de uma dada cidade por meio da criação de conjuntos habitacionais fora da área urbana, parecem ser explicadas por esse comentário. Pois, ao que parece, não é a necessidade de melhores condições habitacionais de uma dada parcela da população o que determina a criação de um conjunto habitacional, mas sim a necessidade de retirar as populações de baixa renda da área central da cidade.

Um aspecto fundamental nos processos que envolvem mudanças de local de moradia são as mudanças das condições de saúde dessas populações. A dinâmica da migração é acompanhada por diferentes vivências do processo saúde-doença, assim tal relação também passa a ser considerada em alguns estudos.

2.4.1 A migração e o processo saúde-doença

Outra forma como vem sendo abordado o processo migratório é relacionando-o ao processo saúde-doença. A esse respeito é interessante observar que alguns artigos mais antigos tratam a migração relacionando-a com algumas doenças específicas, como malária e esquistossomose. É o caso da pesquisa realizada por Silva (1985), cujos resultados revelam que a esquistossomose na região Sudeste do Brasil era usualmente considerada como consequência da migração Nordeste-Sudeste.

Em sua pesquisa, Silva (1985) conclui que em São Paulo, o fator mais relevante para a expansão da esquistossomose está relacionado ao padrão de urbanização da cidade, que, a partir de 1950, passou a ser urbanizada de forma desorganizada, em que fundos de vales foram ocupados propiciando as condições ecológicas para o surgimento da doença. O fato de a migração ser considerada com

importância desmedida na epidemia da esquistossomose obscureceu outros fatores que contribuíam para o seu surgimento e estabelecimento. A especulação imobiliária, que gerou uma urbanização não planejada ocorrida paralelamente à industrialização ao final de 1940, motivou o loteamento de áreas de coleções híbridas para a população de baixa renda propiciando a transmissão da doença. O autor concluiu que só existe possibilidade de controlar a doença se houver uma interrupção no processo desordenado de urbanização.

Outro exemplo de pesquisa que aborda a relação entre doença e migração é a de Souza, Dourado e Noronha (1986), que, ao pesquisarem as condições socioeconômicas de subgrupos migrantes e não migrantes acometidos pela malária, concluem que as condições precárias de vida que ambos os grupos vivenciam, determinaram o surto de malária na área urbana de Camaçari, Bahia. Para os autores, é importante que se reconheça que a população migrante, muitas vezes, instala-se em locais que já apresentam uma alta prevalência da doença. Os movimentos migratórios para a região foram intensificados a partir da instalação de empresas petroquímicas na região, na década de 1970. Os autores, ao comentarem sobre uma epidemiologia clássica em que relacionam as condições físicas de habitação com a doença, afirmam que essa perspectiva desconsidera que tais condições de habitação são um reflexo do baixo poder aquisitivo dessas pessoas, as quais, por sua vez, refletem o modo como tais populações são inseridas na produção social de mercadorias. A localização das habitações de Camaçari é um exemplo desse processo, pois refletem os diferentes extratos sociais existentes.

Outra pesquisa dedicada ao estudo da relação de uma doença específica com a migração foi a realizada por Roncada (1975). Em um primeiro momento, são descritos os aspectos demográficos de migrantes que passavam pela Central de Triagem e Encaminhamento (CETREN) na cidade de São Paulo. Tais aspectos fazem parte de uma pesquisa realizada pela autora sobre a prevalência da hipovitaminose em migrantes que passaram pelo CETREN. Nessa pesquisa, foram entrevistados 1.097 migrantes de diferentes regiões do país, atendidas entre o período de 18 a 17 de agosto de 1972. A maioria das pessoas era oriunda das cidades dos Estados de Minas Gerais, Bahia e Pernambuco e tinha São Paulo e interior e Paraná como principais áreas de destino.

A autora afirma que decidiu escrever inicialmente um artigo comentando apenas os dados sociodemográficos dos migrantes pela conhecida dificuldade de se ter informações diretas das pessoas que migram. Dentre as pessoas entrevistadas, houve uma maior prevalência do sexo masculino, correspondendo a 70% do total, com idade modal de 22 anos. Este dado revela que os homens em idade economicamente ativa são aqueles que mais migram.

Os entrevistados, ao serem questionados sobre o motivo da mudança então realizada responderam com maior frequência: trabalho na lavoura; trabalho em atividades terciárias e secundárias; acompanhar a família, que geralmente era o argumento mais utilizado pelas mulheres, filhos com menos de 18 anos, parentes próximos de quem já havia mudado, e idosos; tratamento de saúde; passeio, referindo-se à visitação de parentes que já haviam migrado; regresso ao lar; ou ainda motivo ignorado. Esse último motivo se refere às pessoas que migraram sem uma preocupação prévia da atividade a desempenhar ou que não tinham poder de decisão. Baseada nesses últimos motivos é que a autora critica a postura defendida por alguns autores e da própria Organização Mundial da Saúde (OMS), os quais afirmam que as pessoas mais aptas e vigorosas são as que migram (RONCADA, 1975).

Isso parece ser uma crítica a conceituações como a de Pastore (1969, p. 22), que comenta que, de um ponto de vista psicossocial, a migração pode ser entendida de forma resumida “[...] como um processo alternativo através do qual um ator frustrado tenta elevar seu nível de satisfação mudando-se para um outro sistema.” Há casos em que a pessoa não está satisfeita com o sistema, mas mesmo assim não migra. Isso pode ocorrer devido à falta de recursos materiais ou psicológicos, como insegurança e suspeita de insucesso. Ou ainda, sua insatisfação é parcial, pois a pessoa vislumbra que seus objetivos serão alcançados no futuro.

Diante desses estudos, pode-se perceber que a relação entre migração e processo saúde-doença, em um primeiro momento, parece situar-se em um entendimento biomédico, que prioriza o estudo de causa e efeito para as doenças, pois, mesmo considerando aspectos mais amplos como o ambiente, este é entendido por um determinismo biologicista. A esse respeito, é possível verificar uma diferença na forma de abordar o fenômeno, pois artigos mais recentes sobre

migração e processo saúde-doença parecem estar caminhando para uma maior aproximação com uma abordagem biopsicossocial do assunto.

Silva e Queiroz (2006) realizaram uma pesquisa qualitativa sobre o processo de migração interna no Brasil e seus desdobramentos na saúde. Trata-se de uma pesquisa pioneira por abordar tal assunto em uma dimensão sociocultural. As pessoas que participaram da pesquisa são migrantes adultos que se deslocaram para a região de Campinas, São Paulo, que vieram de regiões como Nordeste e Minas Gerais e que têm baixa renda e baixa escolaridade.

Os grandes centros urbanos atraem pessoas de baixa renda, que vêm de áreas rurais ou semirurais, em busca de trabalho. Essas pessoas acabam por morar em locais em torno das metrópoles que são áreas pouco valorizadas e têm pouca infraestrutura urbana, por serem terrenos baratos e próximos ao local de trabalho. Para se mudarem, os migrantes fazem uso de uma rede social que envolve principalmente os parentes que já haviam migrado, os quais oferecem suas casas e apoio precário àqueles que acabam de chegar e que apresentam incertezas quanto ao emprego. Nesse momento, por conta da baixa renda, a autonomia da pessoa é limitada. Além disso, a família extensa, ao mesmo tempo em que propicia uma adaptação gradual às novas circunstâncias, também dificulta a construção de processos singulares, tornando restrito o convívio comunitário. A vida social e familiar se organiza em torno do trabalho, e é o emprego que define a permanência no novo local de moradia. Isso indica que a migração em grupo é o mais adequado (SILVA; QUEIROZ, 2006).

Segundo Cunha (2005), a questão de redes de apoio familiares e sociais têm sido cada vez mais considerada nos estudos internacionais sobre o processo migratório. O autor ressalta que a importância de tais redes, apesar de algumas peculiaridades de certas migrações externas, como o idioma e os riscos da migração, não deve se dar de forma tão diferente entre as migrações externas e internas, uma vez que esses fatores não são possivelmente decisivos para a migração. O autor, ao comentar da importância das redes de apoio, acrescenta que há uma escassez de estudos que tratem da migração interna no Brasil e que tais estudos devem considerar a dimensão estrutural da migração e as diferenças entre as regiões.

A ideologia que prega a excelência entre familiares e comunidades, não desconsidera a existência de tensões e crises presentes nesse contexto (SILVA; QUEIROZ, 2006). Assim, não é a presença ou ausência de familiares que definem que uma determinada pessoa tem ou não uma rede familiar de apoio, mas sim a qualidade dessas relações.

Mota, Franco e Motta (1999) comentam que alterações no ambiente físico e cultural podem exigir mudanças no funcionamento biológico e emocional habitual. A migração pode alterar vários elementos da vida de uma pessoa, como os padrões de organização familiar e a relação mãe-criança, o que interfere diretamente no estado de saúde e doença dessas pessoas, em que a criança é particularmente vulnerável.

Nos estudos de migração e saúde, segundo Mota, Franco e Motta (1999), ao se compreender uma determinada situação como sendo reconhecidamente estressante, deve-se considerar o significado que a pessoa dá para o evento. “[...] na medida em que se considera a migração como processo social determinado pelo modo como uma dada organização social provoca desequilíbrios entre grupos populacionais.” (MOTA; FRANCO; MOTTA, 1999, p. 121). De acordo com os autores, devem-se considerar também posturas de evitação para negar ou minimizar o estresse, os recursos pessoais de resistência e a presença de uma rede social de suporte. A qualidade dos fatores ambientais com que uma criança migrante se depara pode gerar resultados negativos ou positivos para sua saúde. Este é ponto importante dessa discussão, pois a migração não pode ser considerada algo que invariavelmente gera problemas emocionais e psíquicos. Pode-se considerar que isso venha a ocorrer não apenas com crianças, mas também com jovens, adultos e idosos.

Para Silva e Queiroz, (2006), quando a mudança é compreendida como bem sucedida, há uma elevação da autoestima e, no novo ambiente, vivencia-se uma situação de liberdade. Esses migrantes, quando bem sucedidos, podem visitar seu antigo local de origem reatando memórias e relacionamentos afetivos. Porém, quando a migração vem acompanhada pelo sentimento de fracasso, o novo ambiente é percebido como sombrio. Nesse momento, surgem sentimentos de desenraizamento, insegurança, baixa autoestima, isolamento, sensação de

fragmentação, depressão, os quais, segundo os autores, são elementos que precedem o desequilíbrio psicossomático.

Quando as condições de emprego, família e marido (para as mulheres) eram preenchidas, a mudança era considerada bem sucedida e surgia a negação de contradições da vida, e, embora houvesse complicações com a saúde, elas eram pouco consideradas. Os homens, em sua maioria, só passam a considerar a sua condição física quando esta apresenta prejuízos graves ao trabalho. Do contrário, se não há boa convivência familiar nem emprego, questiona-se a razão de continuar naquele local de moradia e as queixas de saúde surgem. Os principais alvos dessas reclamações são o bairro, a comunidade, o sistema de saúde e a família, criando assim uma postura defensiva que rechaça a maioria dos elementos que vêm do ambiente circundante, percebido como ameaçador e insatisfatório (SILVA; QUEIROZ, 2006).

Uma vez considerados os diferentes níveis de mudanças, percebem-se modificações em diferentes aspectos do cotidiano, como comentam Silva e Queiroz (2006, p. 37):

Da dinâmica da migração, participa uma constelação de aspectos da vida cotidiana: emprego, família, bairro, vizinhança, etc. dentro de uma ambientação que deve sustentar a esperança da continuidade do projeto de vida, segundo as escalas de valores de uma cultura cheia de contradições.

Mota, Franco e Motta (1999) argumentam que conhecer a experiência de quem migra e proporcionar-lhes valores culturais compreensíveis e aceitáveis propiciaria mais conforto e motivação para procurarem ajuda. Além disso, nos serviços de atenção primária à saúde, deve-se considerar que as pessoas que migraram de áreas que apresentavam serviços de saúde precários, ou que não frequentavam tais locais, podem apresentar dificuldades relativas ao entendimento das recomendações de saúde.

Compreender que fatores, como nível educacional, social e econômico, interferem na percepção do problema e no cuidado com a saúde pode contribuir na eficácia das ações que visem à promoção da saúde, para isso é necessário que ocorra uma reestruturação das práticas dos serviços de saúde (MOTA; FRANCO; MOTTA, 1999). Os autores comentam sobre a importância de tais aspectos, ao considerar os cuidados de saúde dos pais em relação aos seus filhos, mas pode-se

considerar que isso ocorre também em relação à própria saúde dos adultos que migram, ou de qualquer outra faixa etária que tenha ou não filhos.

2.4.2 Processo identitário e migração

Quando o fenômeno da migração é considerado como um processo social, supõe-se que existam causas estruturais que ponham esses grupos em movimento. Tais causas geralmente são de razão econômica e não significa que todos do grupo se coloquem em movimento no mesmo instante. Aos fatores de expulsão são associados os motivos individuais e as motivações subjetivas. Para Singer (1980), a primeira razão para se mudar ou não é social, entendida nesse contexto como sendo sinônimo de classe. A essa razão seguem-se as objetivas e subjetivas que determinarão quem vai se mudar imediatamente, depois ou nunca.

O processo de adaptação do migrante ao novo local de moradia também deve ser explicado, segundo Singer (1980), pelas relações de classe, pois o migrante recém-chegado é frequentemente apoiado pelos migrantes mais antigos, e isso é fortemente influenciado pela condição de classe anterior. Para o autor, uma hipótese que deveria ser investigada é verificar a importância dos laços sociais como fator de atração para novos migrantes, compreendido como decorrente de uma situação de classes.

Diante das palavras do autor, fica claro como o fenômeno migratório foi abordado em 1980, quando se compreende o social como algo estático, resumido apenas ao fator de classe social. A pessoa é considerada como um ser passivo, e qualquer fator que fuja a essa condição econômica é considerado de forma minimizada ou qualitativamente inferior.

De acordo com Mota, Franco e Motta (1999), ao se analisar o fenômeno da migração em uma dimensão social, os fatores individuais, muitas vezes, passam a ser irrelevantes. Porém algumas características individuais como sexo, idade, raízes étnicas, desempenham uma função importante nos estudos da relação entre migração e saúde. Ademais, segundo os autores, as razões para a migração, além de envolver as circunstâncias sociais, envolvem as expectativas e crenças que se

relacionam ao processo saúde-doença tanto no momento anterior quanto posterior à migração.

Como pode ser verificado, o processo identitário nesses estudos não era considerado como um fator que influencia e é influenciado pelos movimentos migratórios. Tal fato não era considerado nem no momento anterior nem posterior a migração.

A partir da consideração de que a identidade representa um conjunto de possibilidades, que é aberta e dinâmica, e não como algo estático e socialmente determinado, é que Corsini (2006) realizou um estudo que trata da migração. O objetivo era o de analisar o processo de construção da identidade, relacionando-o com a produção de subjetividade. Muito do que a pessoa entende como sendo parte de sua identidade está relacionado ao modo como ela compreende que é percebida pelo outro.

As lutas por liberdade apresentam um aspecto importante da migração, pois os migrantes não passam a ser mais 'vitimizados', e sim percebidos como pessoas que se expressam de diferentes formas. Se, por um lado, a migração desagrega, por outro, ela também se apresenta como uma constante capacidade de recomposição, e um ponto de vista privilegiado na compreensão de novas subjetividades propiciada por esse processo. Dessa forma, os fluxos migratórios na contemporaneidade devem apresentar um elemento fundamental para sua compreensão, que é o entendimento da identidade como sendo provisória, múltipla e híbrida (CORSINI, 2006).

Souza (1998) realizou uma pesquisa com ocupantes de terra, que lutavam por moradia na cidade de São Paulo, com o objetivo de analisar a reelaboração da identidade e da linguagem desses moradores. Os participantes revelaram passar por diversas situações de preconceito e discriminação, inclusive de seus vizinhos, pelo fato de não pertencerem ao modelo socialmente vigente, em que as pessoas que têm casa, emprego e se vestem bem são as aceitas na sociedade, mas esta mesma sociedade não questiona o motivo de tal situação. Para o autor, a rotulação de "invasores" acaba por desqualificar a condição de pessoa e limita o direito de cidadania. O sentimento de indignação com tal situação levou essas pessoas ao questionamento de serem realmente pessoas, por morarem em barracos. Fato este que está fortemente relacionado ao processo de migração e

que, para esse grupo, envolve muito trabalho, sofrimento, saudades, discriminações, etc. Afirmar a personalidade como algo interno, que independe de bens externos, é fundamental para que se considerem pessoas. Esse entendimento se apresenta como uma nova forma de linguagem em que essas pessoas passam a se denominarem de ocupantes e não mais de invasores.

Verifica-se que questionamentos e reflexões sociais e o consequente entendimento das relações de poder propicia às pessoas encontrarem formas de empoderamento enquanto pessoa e cidadão que têm direitos e deveres. Em um primeiro momento, esses moradores aceitaram e se perceberam através do olhar de seus vizinhos, e posteriormente, com o sentimento de indignação e a análise de suas condições de vida, passaram a se perceber principalmente através de sua própria ótica, construindo uma forma autêntica de linguagem para se referirem a si mesmo. É quando, então, passam a se denominar de ocupantes e não mais de invasores, como eram denominados.

O sentimento de apropriação é o que permite a uma pessoa sentir-se pertencente e identificada com o entorno e, por meio de uma interação dialógica, ambos passam por transformações. A ação de uma pessoa sobre um espaço físico, além de envolver atos cognitivos e materiais, envolve uma dimensão emocional que propicia uma sintonia entre o agir e o sentir. O processo de apropriação e pertencimento a um lugar contribui, tanto quanto as relações sociais e familiares, para a formação da identidade da pessoa. O processo de construção da identidade é complexo e não pode se resumir a um único aspecto que não englobe sua totalidade, multiplicidade e dinâmica. A apropriação compreende assim o caráter ativo da relação pessoa-ambiente (MOURÃO; CAVALCANTE, 2006).

Para que o sujeito se sinta afiliado, pertencente a uma determinada categoria urbana, é necessário que alguns significados sejam elaborados e compartilhados. Estas significações podem ocorrer com relação a algumas dimensões. São elas: dimensão territorial, social, temporal, de conduta, psicossocial e ideológica (MOURÃO; CAVALCANTE, 2006, p. 150).

Silva e Queiroz (2006, p. 37) ainda comentam que:

Poder migrar voluntariamente tentando evitar a fragmentação da perda de identidade representaria poder contemplar-se com vida e esperança para avançar por um cotidiano contraditório e difícil, mas reconhecível como uma criação pessoal. Logo, a migração não é

uma categoria que encerra um sentido em si mesmo, um fenômeno isolado, mas, ao contrário, é poder (ou não) desconstruir e reconstruir modos de vida avaliados como compensadores por serem eles uma extensão criativa das pessoas.

Dessa forma, uma grande diferença no processo de migração das pessoas é a maneira como a possibilidade de migrar se apresenta. Afinal, o vivenciar uma opção de vida é diferente do vivenciar uma imposição de vida, proveniente de questões sociais, de saúde, etc.

Segundo Souza (1998), muitos migrantes têm a oportunidade de reelaborarem suas identidades por meio da interação com novos espaços. A inerente interação entre a pessoa e o meio ambiente ocorre de diferentes formas, pois é influenciada, segundo Mourão e Cavalcante (2006), por diferentes fatores, entre eles sexo, idade, etc.

Corsini (2006) argumenta que o processo de migração na contemporaneidade excede suas razões objetivas, uma vez que elas ultrapassam a lógica da lei de oferta e procura do mercado internacional do trabalho. Dessa forma, não se pode considerar distinta e isoladamente a economia, a política e a cultura, pois elas interagem concomitantemente umas às outras. Nas últimas décadas, conforme Cunha (2005), diferentes formas de migração, que vão além das questões rural-urbanas, passam a ser consideradas, como as migrações internacionais, inter-regionais e intrarregionais, sazonais e pendulares, em razão de sua importância política, social e econômica no contexto nacional e internacional.

Pastore (1969) revela que a grande maioria das pessoas que viviam em Brasília em 1969 eram migrantes. Os migrantes que desfrutam de melhores condições econômicas mantêm contatos frequentes com o local de origem, o que não diminui a sensação de privação e limitação no novo local e, por vezes, acaba por dificultar um ajustamento às novas condições. Já as pessoas que não apresentam tais condições financeiras tendem a buscar novos relacionamentos na vizinhança, aumentando a coesão ao novo espaço. Segundo o autor, as pessoas que apresentam condições de vida melhor, educação e facilidades institucionais, quando migram, sentem-se mais limitadas que as pessoas de status mais baixo e que habitam áreas mais pobres. O principal mecanismo que permitem aos migrantes avaliarem seu grau de satisfação e insatisfação no novo local de moradia é a

comparação que fazem com os grupos de referências, como vizinhos, parentes e amigos, principalmente para as pessoas de status mais elevado.

Em relação à mobilidade econômica, ela é significativa quando a pessoa que migra a considera favorável em relação aos seus pontos de referência. Do contrário, as conquistas econômicas objetivas no novo local de moradia não apresentam nenhuma importância na satisfação dessas pessoas. O que pode ser definido como fatores de recompensa para o migrante não pode se limitar a um entendimento externo das variáveis, uma vez que elas mudam entre as pessoas devendo sempre delimitá-las entre os grupos sociais. Isso ocorre quando se trabalha com conceitos fluidos como a satisfação, porém, dentre outros fatores, para se compreender melhor os sentimentos dos migrantes deve-se utilizar delineamentos quase-experimentais (PASTORE, 1969). Aqui, o autor parece indicar que valoriza mais as pesquisas experimentais, mas já indica pelo pressuposto “quase” que não é plenamente possível transformar certas categorias subjetivas em variáveis experimentais, uma vez que tais conceitos, como o próprio autor se refere, são fluidos.

Em Campo Grande, o ponto máximo da imigração, conforme Pereira (2001), ocorreu em 1977, quando a cidade passou a ser a capital do Estado de Mato Grosso do Sul. Essa corrente migratória vinda dos países vizinhos, dos estados do centro-sul e do próprio estado eram atraídas pelo desmatamento de enormes áreas arrendadas pelos seus proprietários. A expansão dos latifúndios possibilitou que a população assalariada fosse expulsa do campo pelo advento da mecanização, o que impulsionou a migração em massa para cidade. Campo Grande não estava preparada para tal fenômeno o que gerou um excedente de mão de obra. Tal população sem ser inserida em algum programa específico para conseguir adquirir propriedades “[...] passou a viver em barracos de papelão, lonas e restos de materiais de construção, nos arredores da cidade, formando grande aglomerados de favelas, caracterizadas por invasões de terrenos ou áreas públicas próximas aos córregos.” (PEREIRA, 2001, p.96). De acordo com a autora, na atualidade, os migrantes são atendidos pelo CETREMI- Centro de Triagem e Encaminhamento ao Migrante de Campo Grande- MS ou entidades não governamentais e, na maioria das vezes, a cidade serve como um ‘corredor’ para as pessoas que buscam trabalho na região sul do país.

Pereira (2001) realizou uma pesquisa sobre o perfil do migrante que busca a cidade de Campo Grande-MS, baseando-se principalmente no Projeto Migrante Trabalhador desenvolvido pelo CETREMI. Foram utilizadas entrevistas com os usuários e funcionários da instituição e os documentos disponíveis. Para a população que participou da pesquisa a denominação de migrantes foi algo de difícil compreensão, pois, segundo a autora, eles ainda não haviam parado para analisar sua própria condição de migrante.

A esse respeito é importante destacar que, muitas vezes, a forma como a ciência, o governo ou outros grupos sociais denominam outros segmentos pode não ser a forma como esses grupos se auto denominam. Por isso, pode ser precipitado afirmar que tais pessoas nunca pensaram a respeito do processo de migração, porque elas desconhecem tal vocábulo. É interessante focar que essas pessoas têm vivências a esse respeito e que podem inclusive ter refletido diversas vezes sobre o assunto sem, no entanto, utilizar a palavra migração, o que não minimiza a importância de suas reflexões sobre as mudanças que passaram.

A maioria dos migrantes entrevistados, em seus processos migratórios, já havia passado por, em média, outras duas instituições do tipo abrigo no país. Essas instituições eram, em sua maioria, municipais e com pouca estrutura. Todos os entrevistados elogiaram as ações do CETREMI, que propicia trabalho remunerado para o migrante continuar sua viagem, oferecendo-lhe dignidade. No ano de 1999, dos migrantes que buscaram a cidade de Campo Grande e que foram atendidos pelo Projeto Migrante Trabalhador-PMT, desenvolvido pelo CETREMI, havia 976 participantes dos quais a maioria eram homens (90,33%) solteiros. Aproximadamente, 80% dos participantes passavam pelo CETREMI pela primeira vez. Dos participantes do PMT apenas 5,3% conseguiram emprego, e apenas 0,3% fixaram residência em Campo Grande. O estudo demonstra que a cidade de Campo Grande está no sexto lugar em procedência e destino, e que o estado do Mato Grosso do Sul é o primeiro em procedência e destino, dado este que surpreende, pois esperava-se que os estados da região sul fossem os mais procurados (PEREIRA, 2001). Tal fato revela a relevância das migrações internas no estado.

A grande maioria dos migrantes era de origem urbana, com baixo índice de escolaridade e baixa qualificação profissional. Esse último fator é influenciado pelo anterior e pela própria condição de migrante, que acaba por influenciar

sucessivas migrações à procura de emprego. Os migrantes do CETREMI deduzem que as autoridades do país não têm consciência de suas existências e vivem em função da esperança de encontrar emprego, alimentação e abrigo, o que se torna ainda mais difícil quando estão na condição de migrantes. Esse processo de migração, por sua vez, está relacionado ao processo capitalista, pois o que ocorre não é uma forma de exclusão, mas sim a uma forma de inclusão do trabalhador, proposta pelo capitalismo, uma vez que a pessoa à margem do mercado consumidor é fundamental para a manutenção do sistema econômico. Tais relações acabam por desagregar a sua condição de pessoa e ser político, pois este perde seu poder de reivindicação (PEREIRA, 2001).

Tal fenômeno é visível nos sucessivos processos vivenciados pelas pessoas que migram, pois, uma vez não tendo acesso à escolaridade e qualificação profissional em seu local de origem, não conseguem emprego. E ao migrarem na esperança de conseguir trabalho, carregam ainda os mesmos fatores que as impossibilitaram de conseguir um emprego onde moravam anteriormente. A incessante busca por melhores condições de vida e as frustrações vivenciadas nesse processo, parece ser um fator determinante para que as pessoas que participaram da pesquisa descrita acima se percebam como invisíveis em relação às autoridades do país.

Singer (1980) faz uma crítica à forma como a maioria dos referenciais teóricos abordam as chamadas 'causas das migrações', pois tais dados baseiam-se nas falas dos migrantes, ou seja, na pessoa ou na família que migrou, acreditando-se na fidedignidade dessas respostas. Para o autor tais fatores não devem ser investigados de tal forma uma vez que se trata de um fenômeno social em que a unidade atuante é o grupo. Abordar esse assunto de maneira individual, por vezes conduz a uma análise psicologizante em que os fatores macrossociais são reduzidos ou omitidos. A partir disso, apresentam-se respostas estereotipadas, como motivos financeiros e necessidade de acompanhar o marido.

Singer (1980, p. 238-239) afirma que o fluxo migratório deve ser compreendido

[...] como um todo que explica, mas não é explicado pelos movimentos que o compõem. O tipo de abordagem aqui proposto sugere como questão inicial a própria determinação do fluxo migratório no tempo e no espaço, o que leva a uma revisão dos

conceitos de área de origem e área de destino. A área de origem, neste sentido, não é obviamente o lugar de onde provém determinado grupo de imigrantes, nem mesmo (necessariamente) o lugar onde se originou sua movimentação, isto é, seu lugar de nascimento. A área de origem do fluxo migratório é aquela onde se deram transformações socioeconômicas que levaram um ou vários grupos sociais a migrar, desde que tais transformações já não sejam o resultado de outros movimentos migratórios concomitantes ou anteriores.

Para o autor o que caracteriza uma área de origem não é o lugar de onde se vem ou onde o migrante nasceu, mas sim onde se deram as condições necessárias para que tal fenômeno ocorra. Dessa forma, percebe-se a complexidade e diversidade de como o fenômeno migratório vem sendo considerado. Além disso, destaca-se a necessidade de se articular as temáticas migração e identidade, considerando-as enquanto processos que se influenciam mutuamente.

A infinidade de maneiras de se trabalhar com a temática da migração revela a complexidade do tema. No presente estudo, as temáticas serão discutidas a partir da Teoria das Representações Sociais.

2.5 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste tópico será abordada a Teoria das Representações Sociais, considerando alguns de seus conceitos e algumas pesquisas que, a partir de tal teoria, trabalharam com a temática saúde e ambiente.

De acordo com Jodelet (2001), as pessoas criam representações para se ajustarem no mundo. A partir da necessidade de se manter informada sobre o que acontece a sua volta, a pessoa necessita dominá-lo física ou intelectualmente, para poder lidar com os sucessivos acontecimentos da sua vida. Como as pessoas estão em constante interação, essa relação não ocorre nem por automatismo, nem em um vazio social. É por esse motivo que as representações são sociais. Esse compartilhar do mundo com outros ocorre ora de maneira convergente, em que se tem apoio, ora divergente, em que ocorrem conflitos. As representações sociais- RS fazem parte do cotidiano das pessoas e as ajudam a identificar, interpretar, decidir e, por vezes, posicionar-se a respeito de diferentes aspectos da realidade.

As RS relacionam-se com pensamentos ideológicos e culturais, com conhecimentos científicos, condição social das pessoas e suas experiências particulares e afetivas. Além disso, as RS possuem diversos elementos, como crenças, valores, atitudes, imagens, normas, etc., que são organizados sob a aparência de um saber dirigido para o estado de realidade (JODELET, 2001).

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais devem ser entendidas como uma forma específica de compreender e comunicar aquilo que as pessoas sabem. Elas igualam toda imagem a uma ideia e vice-versa. O autor, ao considerar Durkheim, afirma que este compreendia as representações como um suporte para palavras e ideias, que tinha um caráter estático. Moscovici (2003), não negando completamente tal afirmação, considera que as RS na contemporaneidade são estruturas dinâmicas, móveis e circulantes. Nesse momento, diferentemente de outras épocas como a pré-história, ou outras sociedades primitivas, as RS apresentam-se mais fluidas, não tendo muitas vezes tempo para se tornarem tradições imutáveis, mas que continuam a penetrar o cotidiano e a se constituir como parte da realidade comum. Além disso, no sentido clássico, definido por Durkheim como representações coletivas, trata-se de um instrumento explanatório que se referem a uma classe geral de ideias, advindas da religião, ciência, etc. Para Moscovici (2003), o que interessa é compreender, descrever e explicar o fenômeno. É a partir dessas diferenças que o autor prefere usar o termo representação social ao invés de representação coletiva.

Farr (2008) comenta que um dos fatores que levaram Moscovici a utilizar o termo representações sociais e não representações coletivas, é que, nas sociedades modernas, pela diversidade e rapidez em que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem, existiriam poucas representações verdadeiramente coletivas. Moscovici, a partir do estudo sociológico de Durkheim, confere um aspecto sociológico à Psicologia Social. Moscovici buscou adequar as ciências sociais ao mundo moderno. Aceitar a teoria das representações sociais seria uma maneira de re-socializar a própria Psicologia Social norte americana.

O interesse de a Psicologia Social estudar as RS é que essa busca compreender como o conhecimento é gerado, transformado e utilizado no mundo social. A RS não se trata de um conceito, mas sim de um fenômeno e que deve ser teorizado (MOSCOVICI, 2003). O autor critica duas considerações da própria

Psicologia Social, que, sendo uma ciência, considera o sistema cognitivo baseado em dois pressupostos: as pessoas sejam elas cientistas ou não, reagem da mesma forma aos acontecimentos e que compreensão é igual ao processamento de informações. De acordo com esse entendimento, o que diferencia as pessoas é a capacidade de compreender o objeto de forma correta e totalitária. O meio ambiente independe da existência das pessoas e a relação entre a pessoa e o mundo é permeada por distorções de ordem cognitiva, afetivas e subjetivas.

Apontando contradições a respeito dessas afirmações, Moscovici (2003) argumenta que, por vezes, fatos óbvios não são vistos não por falta de informação, mas pelo fato de se fragmentar da realidade, em que se classificam pessoas e coisas. Outro ponto é que muitas verdades consideradas fundamentais para o dia-a-dia tornam-se ilusões, quando, por exemplo, um novo conhecimento científico surge. O último ponto definido pelo autor é que a pessoa reage ao ambiente de acordo com o que se definiu pela comunidade a que uma determinada pessoa pertence.

Representações sociais, segundo Jodelet (2001, p. 22), “[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.” Para a autora as RS são consideradas como um conhecimento prático, tanto pelas circunstâncias em que são produzidas quanto pelo seu objetivo de eficácia social de agir sobre o mundo. Elas podem ser entendidas como um saber do senso comum, que se trata de um conhecimento diferente do saber científico. Porém, devido a sua importância na vida social, somada à possibilidade de entendimento de processos cognitivos e sociais, esse saber se apresenta como um objeto de estudo e um saber tão importante quanto o científico, portanto o saber do senso comum aqui não é considerado como enviesado ou inválido.

Não existe RS sem objeto, daí decorre uma relação de simbolização, em que ocorre a substituição do objeto e interpretação, em que são atribuídos significados, o que envolve processos cognitivos. Porém, o grande salto qualitativo do estudo das RS, que o diferencia de abordagens exclusivamente clínica ou cognitivista, é estudar tais processos, considerando-os dentro de relações sociais e culturais mais amplas (JODELET, 2001).

Não existe interação humana sem RS, pois, se não as considerar nessas relações, o que irá restar são apenas trocas vazias, em que se apresentam ações e

reações. As RS, presentes no cotidiano das pessoas, controlam e dão sentido às informações recebidas e aos significados a elas atribuídos. Um ponto importante desse processo é compreender como uma RS influencia o comportamento de uma pessoa, esse é o momento de sua criação, em que o coletivo penetra o pensamento individual, e as ações e comunicação tornam praticamente as RS como objetos reais (MOSCOVICI, 2003).

As RS não são criadas por uma única pessoa. Uma vez existindo, elas ganham uma dinâmica própria, interagindo e presenciando o fim de outras RS. Para compreender uma RS, é necessário identificar a partir de quais outras RS ela emergiu, pois as RS, uma vez compartilhada por todos e reafirmada pela tradição, constituem uma realidade social própria. Quanto menos se pensa ou se é consciente de sua existência, maior a sua influência. O estudo das RS busca compreender o ser humano enquanto ser questionador que busca respostas, e não como ele se comporta e processa respostas (MOSCOVICI, 2003).

As RS tratam-se de um campo de estudo promissor por se apresentar como um conhecimento transversal a diferentes disciplinas. Seu estudo se torna complexo por envolver uma dinâmica psíquica, que envolve o funcionamento cognitivo e o próprio aparelho psíquico e a uma dinâmica social, com suas interações e estruturas (JODELET, 2001).

[...] as representações sociais devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando - ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação- a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade matéria, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir. (JODELET, 2001, p. 25)

No estudo das RS, pode-se considerá-las como produto e processo, pois a pessoa se apropria de uma dada realidade exterior e a internaliza psicológica e socialmente (JODELET, 2001).

Moscovici (2003) faz uma breve análise da influencia behaviorista no estudo das RS. Primeiramente ele afirma que vivemos em um mundo que apresenta práticas e metáforas behavioristas. Tal entendimento considera que objetos inanimados são mais reais que pensamentos. Esses entendimentos acabam por também firmar que as pessoas não pensam, e quando o fazem é de forma manipulada. Assim, as mentes das pessoas são caixas pretas, e a pessoa é

considerada como um ser passivo que, ao se comunicar, apenas reproduz o controle ideológico ao qual está submetida. O autor, contrário à ideia behaviorista, afirma então que pensamentos são tão reais quanto objetos inanimados e que as pessoas não são receptores passivos, pois as pessoas interagem incessantemente, buscando respostas para problemas por elas eleitos, a partir de representações próprias, compartilhadas em diferentes espaços sociais.

Nesse mesmo sentido, Farr (2008) comenta sobre a política deste século, afirmando que ela é um exemplo de que uma boa teoria pode ser traduzida em prática. O autor assim faz um alerta aos psicólogos sociais, sugerindo que estes busquem entender a Psicologia Social das massas para que não se tornem vulneráveis àqueles políticos que transformam uma teoria política em prática.

Moscovici (2003) aponta para as limitações de posturas tradicionais por serem demasiadamente gerais ao consideram que as RS podem ser uma resposta a determinadas necessidades, a um estado de desequilíbrio ou à dominação impopular. Assim, o autor afirma que a grande finalidade das RS é tornar aquilo que não é familiar, ou o próprio processo de não familiaridade, algo familiar. Tal familiaridade, presente nos universos consensuais, propicia às pessoas um ambiente livre de conflitos. A não familiaridade é caracterizada pela quebra de fronteiras e convenções, pela falta de diferenciação entre o abstrato e o concreto etc., gerando nas pessoas uma sensação de incompletude e aleatoriedade.

Na dinâmica das relações entre pessoas, fatos e objetos, está presente o processo de familiarização, que será considerado dentro de paradigmas e encontros ocorridos em um momento anterior ao evento que está sendo vivenciado. Dessa forma, a memória, o passado, a resposta e as imagens prevalecem respectivamente sobre a dedução, o presente, o estímulo e a realidade. A existência do próprio pensamento social deve-se mais às convenções, memórias e às estruturas tradicionais, do que à razão e às estruturas intelectuais. Isso ocorre para que as pessoas possam ser minimamente independentes dos acontecimentos atuais, protegendo-as contra acontecimentos súbitos. As influências sociais da comunicação sustentam representações que possibilitam a construção de uma realidade comum que serve para as pessoas se ligarem umas às outras. O conhecimento é sempre o produto da interação e comunicação, e são os interesses humanos que possibilitam sua expressão (MOSCOVICI, 2003).

As representações sociais tratam-se essencialmente de fenômenos sociais, que contribuem para a criação de uma realidade comum que possibilita a comunicação. Diversas correntes teóricas que estudam as formas de conhecimento utilizasse do estudo das representações sociais, como a Sociologia, a Filosofia, a História e a Psicologia Cognitiva (SPINK, 1993).

A comunicação social apresenta-se como um elemento fundamental para a existência das representações e do pensamento social. Aspectos emocionais incidem na comunicação, pois estas possibilitam a liberação de sentimentos disfórmicos causados por conflitos ou crises intergrupais. É por meio da interação social que esses processos ocorrem e acabam por influenciar nos processos estruturais e formais do pensamento. A comunicação é um vetor em que a linguagem é transmitida, e esta, por sua vez, já possui representação. A soma do poder do discurso e da energética social forja representações que apresentam versões da realidade que são compartilhadas. Nesse processo, a mídia e as conversas cotidianas possibilitam a criação de novas RS. A mídia assim pode apresentar grande poder de manipulação social (JODELET, 2001).

Existem RS com que a pessoa rapidamente se identifica e outras que, impostas pela ideologia dominante ou definidas pela estrutura social, atravessam a pessoa. Mesmo esse último caso fatores como classe, meio e pertencimento a um determinado grupo influenciam na forma de pensamento. À medida que linguagem e ideias são compartilhadas, vão se estabelecendo identidades e vínculos sociais (JODELET, 2001).

Jodelet (2001), ao analisar a AIDS como um fenômeno em que se entrecruza a história médica e social, afirma que a ausência de informações ou a incerteza da ciência propicia o surgimento de representações que circularão entre as pessoas em suas falas cotidianas, ou ainda, em diferentes veículos de comunicação. Nesse processo, foram forjadas palavras que apresentavam alto poder de associação em que se enquadram os doentes em categorias separadas, que por fim acabam por justificar a discriminação destes.

Spink (1993) descreve as representações sociais a partir das contribuições da Psicologia Social. A autora afirma que existem basicamente duas correntes clássicas das Teorias do conhecimento. Uma considera as representações como uma reprodução do conteúdo que se pensa, em que a ênfase é dada para a

natureza do conhecimento, esse por sua vez é considerado um saber formalizado que transpôs a reflexão epistemológica, já abordando tal saber a partir de normas de verificação. Outra corrente é a que se dedica ao estudo do senso comum, como uma forma de conhecimento prático. Nessa segunda corrente, busca-se uma superação da dicotomia entre ciência e senso comum, considerando ambas como resultantes das condições sócio-históricas que possibilitaram suas construções. Esse novo posicionamento critica a retórica da verdade do saber científico, que se considerava capaz de beneficiar a todos, desconsiderando as relações de poder. Esse movimento pode ser dividido em três momentos: primeiro é a incorporação da dimensão social; segundo, a relativização da objetividade; e terceiro é considerar o senso comum como conhecimento legítimo que propicia mudanças na sociedade. Esse terceiro movimento é marcado pela compreensão de que o senso comum não apenas é uma forma e conhecimento válido como é capaz de, a partir de sua rede de significados, criar efetivamente realidade social. O que aqui se considera são as implicações práticas das representações sociais, em que linguagem e prática não são entendidas como categorias distintas, mas como atos que ocorrem paralelamente.

[...] a representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. (SPINK, 1993, p. 303)

As RS, além de seus aspectos cognitivos, apresentam aspectos subjetivos. A pessoa nunca é capaz de se relacionar diretamente com o real, pois essa relação é sempre permeada por categorias históricas e subjetivas que foram construídas historicamente (SPINK, 1993).

As representações sociais envolvem tanto permanências culturais quanto suas diversidades e contradições. Dessa forma, o senso comum não pode ser entendido como estável e consensual, pois ele é heterogêneo, contraditório e não apresenta estruturas lógicas. Porém não se defende com isso abandonar-se o consenso, pois, ao lado de tudo isso, podem-se procurar elementos mais estáveis que possibilitam o surgimento de identidades compartilhadas. Seguindo esse entendimento, as RS vão passando a ser entendidas como processo, e não mais como conteúdo. O centro de interesse do estudo das representações busca

compreender a funcionalidade delas na manutenção e criação de uma dada ordem social. Aqui se abre a possibilidade de se realizarem estudos de caso, pois a pessoa é entendida como sendo uma entidade social que representa um grupo, pois o particular passa a representar o universal historicamente contextualizado (SPINK, 1993).

A Teoria das RS, ao mesmo tempo em que contextualiza a pessoa dentro dos processos históricos, considera que esta apresenta subjetividade, ressaltando seu potencial criativo. Tal Teoria busca um posicionamento integrador entre o determinismo e o voluntarismo (SPINK, 1993). Esse propósito de integração entre essas duas concepções parece ser compartilhado por Moscovici (2003) e Farr (2008). O primeiro afirma que o ser humano apresenta tanto autonomia, quanto condicionamento, em relação ao ambiente social e natural. E Farr (2008) defende a ideia de que a pessoa tanto é produto da sociedade, como também produz mudanças nesta. É interessante perceber pelas datas dessas citações que isso se trata de um movimento que busca romper com posicionamentos radicais que ora defendiam a liberdade do ser humano, ora afirmavam o condicionamento dele em relação ao ambiente.

Partindo dessa ideia, as representações apresentam duas funções. Primeiro, é a convencionalização dos objetos, pessoas e fatos, em que são categorizados e posteriormente formam um modelo partilhado por um determinado grupo. A pessoa não se relaciona diretamente com o objeto, pois suas representações, carregadas por fatores genéticos, memórias, categorias culturais, experiências, permeiam tal relação e influenciam na forma de perceber e se relacionar com o objeto. A pessoa percebe apenas o que suas representações e cultura lhe permitem ver, porém não tem conhecimento dessas convenções. O ser humano, a partir de um esforço, pode se tornar consciente de certas convenções, escapando de suas imposições sobre as percepções e pensamentos. Porém as pessoas não conseguem abandonar todas as convenções e preconceitos. Em vez de tentar fugir de todas as convenções, seria melhor descobrir e explicitar uma dada representação, compreendendo que ela mesma se trata de um tipo de realidade. A própria realidade é determinada fortemente por aquilo que é definido pela sociedade como sendo a realidade (MOSCOVICI, 2003).

A segunda função da representação é sua força prescritiva, que impõe sobre a pessoa estruturas e tradições que ditam o que se deve ser pensado, antes mesmo de se iniciar o pensamento. Muitas RS não são pensadas pelas pessoas, mas sim, a partir da partilha com outras pessoas, elas são re-apresentadas e re-pensadas. As RS influenciam na forma e no conteúdo do pensamento. Nas RS estão presentes os elos entre gerações, a memória coletiva, com todos os seus sistemas de classificações, imagens e descrições. Além disso, as RS contêm as experiências e ideias passadas, que nunca deixam de estar presentes na vida das pessoas, pois se trata de uma realidade que interfere nas experiências e ideias atuais. Assim, as RS são reais, a partir dessas duas funções, uma marcada pela convencionalidade da realidade e outra, pela prescrição, carregadas de tradições e estruturas imemoriais (MOSCOVICI, 2003).

Rouquette (2000) comenta sobre uma causalidade circular entre as representações e as práticas, mas afirma que, em termos metodológicos clássicos, antes de uma relação causal, elas estabelecem entre si uma correlação. O autor defende que as mudanças, seja de práticas e/ou representações, não são definidas por variáveis descontextualizadas, mas por processos históricos, e, diante disso, seu estudo deve contribuir para a história presente. Além disso, seu estudo serve tanto para analisar situações concretas quanto para organizar possíveis intervenções. O autor defende que, uma vez decompondo a noção de prática, se deveria realizar uma análise psicossocial que colocasse à prova variáveis independentes, como a passagem ao ato, a frequência do ato, a maneira específica de realizá-lo e o cálculo das consequências do ato. O autor acredita que, dessa forma, poderia contribuir para uma melhora das práticas de diagnóstico e intervenção.

De acordo com Moscovici (2003), existem dois processos básicos que geram representações. Um é a ancoragem, que consiste em transformar algo abstrato em quase concreto, reduzindo ideias estranhas a categorias comuns, inseridas em um contexto familiar. É o processo pelo qual se nomeiam e classificam os objetos e as ideias. Nessa classificação, tais elementos ao serem comparados com uma determinada categoria, adquirem características dessa categoria e são reajustados a elas. O objeto e a ideia, uma vez sendo classificados, irão ser associados a opiniões que se relacionam com a categoria da qual passaram a fazer parte. No processo de classificação, os elementos ficam presos a paradigmas que

apresentam uma série de limites linguísticos, espaciais, comportamentais e habituais. As pessoas podem estabelecer relações positivas ou negativas com essas ideias e objetos. No processo de ancoragem, estão presentes dois outros processos: o de generalizar, em que uma dada característica se torna presente a todos os elementos de uma determinada categoria, e o de particularizar, no qual o objeto encontra-se distante do protótipo e sob análise. A necessidade de definir os elementos não-familiares, de acordo com a norma ou divergentes dela, implica, em última instância, consequências sociais. Em suma, a ancoragem envolve dois processos, o de classificar e o de dar nomes, com o objetivo de facilitar interpretações e compreensões da realidade, possibilitando que a pessoa forme opinião.

O segundo processo que gera representação, de acordo como Moscovici (2003, p. 71-72) é a objetivação, que consiste em “[...] reproduzir um conceito em uma imagem”. Entretanto não existem imagens suficientes para se associar às palavras, pois muitas são tabus ou não estão facilmente acessíveis. De acordo com crenças e estoques preexistentes de imagem, a sociedade seleciona determinados conceitos que recebem poder figurativo. Essa imagem passa a ser uma réplica da realidade. O conceito de que a imagem deriva, deixa de ser abstrato, e passa a ter uma existência quase física e independente. “Cada cultura possui seus próprios instrumentais para transformar suas representações em realidade.” Entretanto, nenhuma cultura possui um instrumento único e exclusivo (MOSCOVICI, 2003, p. 76).

Abric (2000), ao teorizar sobre as representações sociais, comenta sobre a abordagem estrutural delas. As RS, segundo o autor, são compostas por um núcleo central e os elementos periféricos. O primeiro é determinado pela natureza do objeto que representa, assim como pelas normas e valores sociais que permeiam a relação da pessoa com o objeto. O núcleo central tem basicamente duas funções: geradora, que é a função de atribuir sentido e valor a outros elementos que constituem a representação; e organizadora, que contribui para a união e estabilidade dessa representação. O núcleo é a parte mais estável da RS que resistirá mais às mudanças e que, antes de tudo, tem uma dimensão qualitativa. Já os elementos periféricos apresentam três funções: concretização, que possibilita que a representação seja dotada de termos concretos; regulação, que permite que novas

informações, provenientes de transformações do contexto sejam integradas à representação; e a função de defesa, que protege o núcleo central de modificações que poderia gerar uma alteração completa da RS. Assim, os elementos periféricos são esquemas criados pelo núcleo central e é a parte mais concreta e acessível da RS.

Os dois componentes, o central e o periférico, são regidos por um duplo sistema. O primeiro é regido pelo sistema central que define a homogeneidade de um determinado grupo, a partir de suas bases sociais e coletivas. O segundo componente, por sua vez, é regido pelo sistema periférico que é mais individualizado e contextualizado, que permite uma integração as experiências vividas, possibilitando RS individuais. São esses elementos que permitem às RS serem concomitantemente estáveis e móveis, flexíveis e rígidas, consensuais e marcadas por diferenças pessoais. Um grupo homogêneo é aquele que se organiza em torno de um mesmo núcleo central, compartilhando significados em relação a um dado objeto e não à presença de consenso entre os seus membros. Dessa forma, para que haja uma modificação de uma dada representação, é necessário que se identifique o núcleo central (ABRIC, 2000).

Andrade (2000, p. 145) afirma:

Entre as RS, a nossa visão de mundo, e as nossas práticas sociais, se impõem uma série de mediações, como o controle exercido pelos aparelhos de poder – estatais, partidários, ou de outro tipo – ou as situações que forcem práticas novas, embora não desejadas. [...] as pesquisas mostram que as mudanças nas práticas sociais, mesmo quando forçadas, como no caso dos emigrantes, alteram progressivamente as nossas RS, a nossa visão de mundo.

O autor comenta que o sentido de uma dada RS depende muito mais da forma como seus conteúdos estão organizados do que propriamente de seus conteúdos. O autor, a fim de aprofundar o conhecimento sobre um determinado campo de representação, em que se articule a identidade, como representação a outras RS, pesquisou, a partir do método da análise de enunciação, a cultura política de grupos paraibanos. Os resultados indicam que o núcleo central da representação da identidade dos agricultores apresenta duas categorias: pobreza e patrão, que também estão presentes na representação da política.

De acordo com Andrade (2000), para os sertanejos sem terra, eles são excluídos de cidadania, pobres, e afirmam que a política é o mundo dos patrões, para eles o voto ou é aleatório ou de cabresto. Para que essa população se sinta integrada à nação seria necessário o fim da exclusão. A identidade dos pequenos proprietários rurais está marcada pela valorização do trabalho que está associado a valores de honestidade e justiça, eles se percebem como “não pobres”; porém isso não se refere apenas ao nível de renda, mas à condição de ter a posse da terra. Ao mesmo tempo em que desejam uma sociedade mais justa, afirmam que a desigualdade é algo natural e consequência da postura de acomodação dos pobres. A política para esse grupo, diferentemente do primeiro, está presente em suas vidas de forma ambivalente e, ao comentarem sobre sua identidade, já se pôde identificar essa presença. Ora eles se definiram como apolíticos, ora eles afirmaram votar por amizade, porém, em ambos os casos, partilha-se uma visão personalista da política. Nos discursos dos participantes ocorreu uma presença constante da noção de igualdade/desigualdade social em torno do qual se associavam diversas categorias, pois esteve presente na representação de democracia, Brasil e política (ANDRADE, 2000).

Santos (2000) ressalta a diferença entre o caráter compartilhado da representação e o consenso de um determinado grupo. O compartilhar de uma representação não implica consenso entre o grupo e não implica também que cada membro compartilhe todos os conjuntos de significados de uma dada RS, em qualquer momento e em qualquer circunstância. Ao compartilhar modelos de pensamentos e explicações presentes na sociedade, são construídas RS de objetos. Assim um dado objeto só existe em relação a alguém ou a algum grupo, e ambos estão intrinsecamente interligados, o que possibilita uma contínua reconstrução desses objetos.

Essas considerações devem estar presentes nos estudos de representação social, independente do objeto de estudo considerado. Existe uma diversidade de assuntos que são analisados a partir da Teoria das Representações Sociais. A seguir, seguem-se algumas pesquisas que utilizaram como perspectiva teórica as RS e tiveram como objeto de estudo o processo saúde-doença, e outras pesquisas que abordaram o tema meio-ambiente.

2.5.1 As representações sociais e o processo saúde- doença

A Teoria das Representações Sociais são amplamente utilizadas nas pesquisas sociais em saúde. Entretanto, de acordo com Gomes, Mendonça e Pontes (2002), tanto o conceito da RS quanto sua utilidade nessa área deveriam ser mais bem problematizados.

Herzlich (2005) analisa a utilidade da representação social no campo da saúde. Ele afirma que a representação social não tem como objeto de estudo predizer comportamentos individuais e que as RS não podem ser reduzidas a simples reprodução de saber, como, por exemplo, aquilo que o médico diz a um paciente. E complementa:

[...] o interesse no estudo de uma representação social deve situar-se no nível do esclarecimento de fenômenos mais coletivos. Uma representação social permite em princípio compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores. Compreendemos de que forma chegam e constituem o foco de condutas múltiplas e complexas – tal o papel de orientação das representações; mas a explicação das condutas propriamente ditas deve incluir outras variáveis, e não apenas as representações (HERZLICH, 2005, p.61).

O processo saúde-doença se constitui como objetos privilegiados no estudo das representações sociais por serem passíveis de metáforas. A doença é o objeto de estudo da Medicina, porém ela é um fenômeno que a ultrapassa. Por ser um fenômeno que interfere, às vezes, de forma irremediável na vida individual, na inserção social e em um aspecto mais amplo, o equilíbrio coletivo, a doença se configura como um elemento presente no discurso e emana interpretação contínua e complexa de toda a sociedade. Nesse contexto, estão presentes as visões do biológico e do social (HERZLICH, 2005).

Na sociedade atual, a saúde ocupa um lugar central e sua representação estendeu-se de modo a incluir a própria Medicina. Dessa forma, a Medicina e o processo saúde-doença tornaram-se metáfora do social e estão constantemente em conflito. Essa interação de conflitos culturais e sociais aponta para duas características de modificações culturais: “[...] de um lado, o lugar crescente da

ciência e da técnica; de outro, a importância da 'profissionalização' e do 'laudo'." (HERZLICH, 2005, p. 47).

De acordo com Gazzinelli et al. (2005), as reflexões teóricas e metodológicas da educação em saúde nas últimas décadas têm se desenvolvido bastante. Porém tal avanço ainda não é sentido em seu campo prático, que ainda é fortemente marcado pela ideia hegemônica de que a informação sobre hábitos saudáveis modifica o comportamento das pessoas, fazendo com que elas adquiram tais hábitos. Tal ideia desconsidera o contexto sociocultural e, por vezes, defende interesses dominantes, como a medicalização e a utilização de planos de saúde, que, ao invés de propiciar a autonomia da pessoa, acaba por subordiná-la. As causas das doenças são entendidas como objetivas e universais, em que uma vez removendo-as, se obtém a cura. Assim não é a desigualdade que tem de mudar, mas as pessoas. Apesar da prática pedagógica ainda estar presa a esse entendimento, o discurso da educação em saúde o ultrapassa.

Diferentes axiomas têm guiado as intervenções da educação em saúde, que podem ocorrer de forma concomitante ou em diferentes momentos. O primeiro axioma se refere à superação dessa relação de determinação de que o conhecimento guia a prática, pois nem sempre eles são correspondentes. A partir disso, surge a necessidade de compreender como as pessoas representam o processo saúde-doença, influenciados por fragmentos de saberes científicos, experiências coletivas e de vida. O segundo axioma consiste em identificar as representações sociais das pessoas sobre a doença para depois modificá-las a partir do saber instituído, desconstruindo as representações entendidas como incorretas (GAZZINELLI et al. 2005).

O terceiro axioma vincula-se a ideia de que as representações são estruturantes da prática, essa assim se configura como um sistema coerente de representações. Dessa forma, a prática é compreendida como resultante de esquemas de pensamento que podem ser elaborados. As representações aqui passam a ser consideradas nos processos educativos de forma muito limitada. O quarto axioma problematiza essa relação da representação com a prática e critica a ideia de que um tecido coerente de representação condiciona a prática. A partir disso, entende-se que não se pode prever ou inferir sobre o comportamento das

pessoas. Aqui se apresenta o entendimento da reciprocidade entre prática e representação que não é nem linear nem determinística (GAZZINELLI et al. 2005).

O quinto axioma indaga a partir das considerações do quarto axioma, sobre o entendimento de que, se a prática não é uma expressão final das representações, então se devem identificar quais elementos constituem essa relação. Assim surge a importância da experiência, que se constitui como o campo onde se cruzam diversas dicotomias, como representação/ prática, subjetividade/ objetividade, etc. É nesses diversos cruzamentos que a experiência do adoecer passa a ser considerada como uma experiência cultural, e as representações, apesar de suas ambiguidades e contradições, apresenta-se como um caminho possível para a construção de estratégias de prevenção e controle de doenças. O grande salto qualitativo que esse axioma apresenta é que o saber médico e técnico a respeito do processo saúde doença é apenas mais um saber inserido na grande complexidade sociocultural das pessoas. O processo de desnaturalização da doença ocorre dentro de um cenário com elementos físicos, simbólicos, que representam valores e historicidade. As representações aqui se configuram como um sistema heterogêneo e aberto, de sucessivos acordos e conflitos na interação pessoa-pessoa, pessoa sociedade (GAZZINELLI et al. 2005).

Algumas pesquisas sobre o processo saúde-doença que se utilizam do referencial teórico das RS buscam, a partir de uma determinada patologia, compreender as representações sociais de diferentes aspectos do processo saúde-doença. Os estudos de Alves, Alves e Lane (2007), Oliveira e Roazzi (2007), Rozemberg (1994), Noranha et. al. (1995) são exemplos desse tipo de análise.

Alves, Alves e Lane (2007) a partir da Teoria das representações sociais, analisaram a influência da comunicação diagnóstica de uma doença oftalmológica, a ceratocone, aos pacientes. Participaram da pesquisa 44 pessoas de ambos os sexos e de faixa etária que variou de 13 a 53 anos. A partir de um questionário, sobre a avaliação que os pacientes fizeram do atendimento em que foram diagnosticados, os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente. A ceratocone trata-se de uma doença crônica, o que leva muitos médicos, a partir da desinformação, a indicar que tais pacientes entrem na fila de doação de córnea. Estima-se que, no país e no mundo, 50% das indicações de transplante de córnea são provenientes do diagnóstico da ceratocone.

A maioria dos pacientes que participaram da pesquisa sabia o nome da afecção, porém 37 deles definiram como insatisfatório o que dela conheciam em relação a seus aspectos clínicos e tratamentos, e 36 afirmaram vivenciar sentimentos contraditórios em relação à doença como indiferentes e depressivos. A representação social desses pacientes está relacionada a uma condição cultural de doente e deficiente. A informação carregada de conteúdos ideológicos e emocionais, como é a condição de estar doente, transmitida pelo médico, é confrontada pelos preconceitos da condição de estar doente tanto em nível pessoal, quanto coletivo. O profissional de saúde desempenha um papel de extrema importância nesse contexto, pois, por vezes, ele pode colaborar para um aumento de sentimentos negativos em relação à doença, como o medo por não se conhecer os riscos e forma de se prevenir a doença (ALVES; ALVES; LANE, 2007).

A insatisfação dos pacientes sobre a forma como lhe foram passados os diagnósticos podem estar relacionada à falta de uma linguagem adequada, à deficiência na formação profissional relativa a questões éticas entre médico-paciente, e ainda à falta de conhecimento da pessoa que recebe o diagnóstico. Os pacientes sabiam o nome da doença e suas consequências em último caso, como a cegueira. A precariedade dessas informações revela-se na falta de conhecimentos sobre as formas de tratamentos, aspectos clínicos etc. (ALVES; ALVES; LANE, 2007). É interessante identificar que, nessa comunicação entre o médico e o paciente, o que está sendo frisado é o começo, o nome da doença, e o fim, sua consequência mais grave. E em que meio estariam as causas, formas de tratamento, etc., em que o paciente pode ter uma postura mais ativa em relação ao seu próprio tratamento, é desconsiderado.

Destaca-se a necessidade do médico se auto-perceber e ter consciência crítica de sua atuação profissional, bem como de se preparar para receber o outro, foco e receptor de sua atuação clínica e conhecimento (ALVES; ALVES; LANE, 2007, p. 795).

Assim, os autores concluem que o diálogo estabelecido na relação médico-paciente deve ultrapassar as barreiras que geram efeitos adversos nessa comunicação e propiciar um processo de desenvolvimento biopsicossocial, possibilitando uma maior conscientização do paciente e a melhora de seu bem-estar.

Oliveira e Roazzi (2007), em um trabalho investigativo, buscaram identificar como moradores de uma comunidade da classe popular representam socialmente a “doença dos nervos”. Participaram do estudo trinta homens e trinta mulheres, com idades entre 18 e 65, que sabiam ler e escrever. Para isso foi utilizada a técnica de associação livre, que, considerando o campo semântico das RS, deram origem a 22 categorias da análise. O estudo demonstra como as vivências sociais e culturais, relacionadas ao gênero, de homens e mulheres, constroem códigos diferentes que interferem na forma de eles extravasarem suas perturbações.

A mulher relaciona mais a “doença dos nervos” a uma dimensão de interioridade corporal, um referencial de pessoa, relacionado possivelmente as suas vivências do mundo privado. Já o homem lhe atribui sentidos externos, expressos através de comportamentos, indicando seu caráter público, que se ancora na permissividade social que propicia a expressão de seus comportamentos. As mulheres privilegiam em seu discurso seus sintomas físicos, enquanto que os homens consideram mais os fatores causais e os sintomas morais. Considerar as representações sociais nesse estudo foi fundamental por ela conseguir abarcar aspectos físicos, sociais e culturais relacionados ao tema pesquisado (OLIVEIRA; ROAZZI, 2007).

Rozemberg (1994) e Noronha et al. (1995), tendo como referencial teórico a Teoria de Representações Sociais, abordaram o tema esquistossomose. Noronha et al. (1995) realizaram seu estudo em uma cidade de porte médio da Bahia, cujo crescimento populacional foi marcado pela intensificação de fluxos migratórios para a região que tem a esquistossomose como endemia. Foram pesquisados imigrantes recentes e nativos, com idades entre 15 e 25, durante 12 meses. Para os participantes, os aspectos invisíveis da doença são de difícil compreensão. Há uma crença compartilhada entre o grupo de que o verme, agente etiológico da doença, morre fora do corpo humano. O desconhecido é assimilado como conhecido a partir de informações do modelo biomédico, das situações vivenciadas em relação às atividades desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde e pelas experiências relativas a doenças vivenciadas. As lacunas que se apresentam são então preenchidas pelo imaginário popular. A reprodução de ações cotidianas não gera questionamentos por aqueles que as praticam, assim fica mais difícil compreender

como um ato corriqueiro e higiênico, que é tomar banho de rio, pode gerar uma enfermidade.

A atividade relativa ao controle da esquistossomose necessita diretamente da mudança de hábito das populações, considerando os valores e práticas dos diferentes segmentos da sociedade, porém as ações educativas são consideradas de modo vago e impreciso nos programas de intervenção. O enfoque individual e comportamental privilegiado em tais ações revelasse limitado para resolver tal problemática, e as atividades educacionais não são privilegiadas (NORONHA et al., 1995).

A pesquisa realizada por Rozemberg (1994) também revela a falta de visibilidade que as campanhas para combater a esquistossomose dão para as atividades que considerem o saber da população a respeito da doença. Para o autor, apesar de a doença ser vivenciada, conhecida e tratada, a população a considera como um problema alheio que, ao mesmo tempo, é trazido e solucionado pelas campanhas de saúde. A população não chega a se apossar da doença como algo que elas têm poder de solucionar, pois o problema já chega com uma solução pronta e exógena. O que aqui se destaca é a necessidade de propiciar estratégias para que a própria população tome posse desse problema, não considerando obviamente que tal população opte por se expor à contaminação em áreas insalubres, uma vez que tal população depende economicamente desse ambiente para sua subsistência. Dois pólos, ao se tratar dessa doença, são considerados pela saúde pública: um é o contato da pessoa com águas que tenham a presença do agente etiológico, outro é a ação quimioterápica para tratar a doença. Isso ocorre sem privilegiar as ações humanas e condições de saneamento que poderiam romper com o ciclo de transmissão da doença e, ainda, colocando o saber médico como superior ao popular.

As RS de saúde mesmo em períodos curtos e em sociedades industriais tendem a apresentar estabilidade. Isso possibilita que se encontrem resultados semelhantes em grupos sociais diferentes, mas que compartilham o mesmo momento histórico e cultural. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, a saúde é considerada um bem simbólico inquestionável, e seu valor positivo é almejado por diferentes classes sociais, etnias e gerações (NORONHA et al., 1995). Cromack, Bursztyn e Tura (2009) comentam que a saúde se torna cada vez mais um objeto de

estudo de interesse das RS. Muitos estudos apresentam como objeto de estudo a representação social da saúde (CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009, LOPES; BUENO, 2007, TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002).

Cromack, Bursztyn e Tura (2009), a fim de conhecer as representações sociais de saúde de adolescentes, entrevistaram 1.843 jovens com idades entre 12 e 18 anos do Rio de Janeiro, utilizando para a coleta dos dados o teste de evocação de palavras e um questionário. Foi realizado assim um estudo comparativo entre adolescentes com idades entre 12 e 13 anos e adolescentes com idades entre 17 e 18 anos. Foi identificado como fazendo parte do núcleo central de ambos os grupos, os elementos: importante, médico, alimentação e hospital. No núcleo central do grupo mais velho, esteve presente o elemento sistema de saúde deficiente. Tal elemento faz parte do núcleo periférico do grupo mais novo, demonstrando possibilidades de contradições, enquanto que para o grupo mais velho já é algo rígido e consensual. No grupo dos mais novos, estiveram presentes os elementos: doença, felicidade e vida. O termo importante revela a forte presença que o tema saúde apresenta na vida dos adolescentes. A alimentação configura-se como um elemento que demonstra a relação positiva que o adolescente estabelece com a saúde demonstrando como ele pode cuidar do seu corpo. O médico provavelmente surge como o principal representante dos profissionais de saúde. O termo hospital revela a forte ligação que é feita entre saúde e doença.

Já do sistema periférico, os elementos corpo e sexo foram os comuns entre os dois grupos. Tal fato representa o momento vivenciado pelo adolescente que inicia sua vida sexual. Os elementos 'prevenção' e 'educação' estiveram presentes no grupo com idades entre 17-18, e os elementos 'camisinha' e 'preocupação' fizeram parte do núcleo periférico do grupo com idades entre 12-13 anos. A presença de tais elementos pode estar revelando a importância dos programas voltados para essa faixa etária (CROMACK; BURSZTYN; TURA 2009).

Cromack, Bursztyn e Tura (2009) observam que a atitude positiva do adolescente frente à saúde não corresponde à forma como o sistema de saúde considera o adolescente nesse contexto. Pois, muitas vezes, o adolescente é considerado mais do que um sujeito em situação de risco, mas o próprio risco. Assim, mudanças na forma de se considerar o adolescente em relação a saúde,

podem ser reorientadas considerando a forma como eles próprios se consideram, ou seja, sem abordá-los dentro de um enfoque de vulnerabilidade e risco.

Lopes e Bueno (2007) buscaram compreender como é representada a saúde pública. De forma geral, saúde pública refere-se aos serviços públicos de saúde universais e gratuitos oferecidos pelo Estado à população. É no conceito de saúde pública que os autores acreditam que estão presentes os significados de ações e políticas públicas de saúde. Acredita-se que analisar tal assunto pode levar à compreensão da lógica que favorece as escolhas por áreas de atuação profissional. Para isso, os autores realizaram uma pesquisa qualitativa com 350 estudantes de enfermagem. A técnica utilizada para a coleta dos dados foi a associação livre de palavras. Das 8 primeiras palavras que surgiram nas turmas, 6 apresentavam conotações negativas, como serviço precário, desvalorizado, falta de recursos, fila, etc. Os significados das associações de palavras foram categorizados a partir dos seus conteúdos temáticos em seis categorias: 1- acesso e atendimento, que são considerados a partir de uma mesma dimensão de oportunidades sociais; 2- demanda, o que pode indicar certa 'naturalização' do sistema; 3- práticas e modelos assistenciais, os ideais do SUS se confundem com as frustrações daqueles que deveriam prestar serviços com competência e integralidade; 4- elemento humano, relacionado à baixa quantidade e qualificação dos profissionais; 5- recursos materiais e financeiros, incluindo aqui a falta de medicamentos provenientes de desvio e corrupção, assim como o sucateamento e precariedade de equipamentos e estrutura física; 6- direitos individuais e sociais, relacionados ao direito de acesso aos serviços oferecidos.

Os estudantes da área de saúde pesquisados percebiam os serviços de saúde pública como um serviço prestado a outros, que são pobres e excluídos, e que não têm escolha por fatores econômicos. O que é interessante perceber em tal discurso é que esses estudantes, em sua maioria, não fazem parte da classe privilegiada e apresentam-se de forma descompromissada e distante da realidade em que podem fazer parte como cidadãos e profissionais. Essa atitude torna-se preocupante, uma vez que desconsidera as possibilidades transformadoras no trabalho realizado nessa área. Assim, predomina-se a representação de saúde pública como um serviço que serve para aqueles que não têm escolha,

prevalecendo uma conotação negativa dessa representação (LOPES; BUENO, 2007).

Teixeira, Schulze e Camargo (2002) estudaram a representação social da saúde, na terceira idade. Para isso foram entrevistados quatro grupos de pessoas: 40 idosos saudáveis; 40 idosos doentes; 40 trabalhadores de um centro de saúde municipal e um grupo de 20 cuidadores de idosos. Os dados foram analisados a partir do programa *Alceste* que realiza uma análise quantitativa dos dados do texto. Duas categorias de resposta se destacaram entre os idosos. A primeira refere-se ao entendimento do idoso saudável como sendo devido a fatores psicológicos, comentados por idosos que, no momento da pesquisa, estavam doentes, infere-se que se trata de expectativas relacionadas a necessidades próprias desses idosos. Tais conteúdos representacionais podem estar refletindo a necessidade de essas pessoas estarem em equilíbrio emocional consigo mesmo, independente da doença que tenham. Além disso, tal representação sobre a saúde indica que esta não é definida pela ausência de doença física, pelo menos em termos de conhecimento desse grupo. A segunda categoria de respostas, e esta já bem menos compartilhada entre eles, foi o idoso saudável de acordo com sua autonomia, desenvolvendo-se na sociedade como deseja.

No grupo de trabalhadores de saúde, as categorias que se destacaram sobre a saúde do idoso foram em função da prática de atividades e acesso aos serviços sociais e de saúde. Em relação à primeira, a inatividade foi destacada como um risco para a saúde de pessoas idosas. Porém a prática de atividades físicas serve para prevenir doenças não só na terceira idade como também em todas as outras fases da vida. Esses profissionais buscaram uma relação entre a inatividade e a saúde, porém também foram detectados nessa classe conteúdos representacionais de que o idoso saudável seria aquele que não teria doenças. Tal ideia se ancora em um entendimento muito improvável de ocorrer, segundo estudos epidemiológicos, que é se chegar aos 60 anos sem ter nenhuma doença (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002).

Na outra categoria, as profissões que mais contribuíram foram as de médico e enfermeiro. Tais profissionais acreditam que a saúde do idoso relaciona-se com a qualidade do serviço de saúde prestado. Uma possibilidade positiva desse entendimento é a de influenciar a prática de tais trabalhadores para a mudança da

situação que foi percebida. Outro elemento associado à categoria de acesso aos serviços de saúde é a condição financeira, compreendida como um elemento necessário para se ter saúde na velhice. Tal acesso não está relacionado ao serviço de saúde pública, mas à condição financeira como a que possibilita o acesso ao serviço de saúde privado (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002).

No grupo de cuidadores de pessoas idosas, destacaram-se outras duas categorias de saúde do idoso, uma em função do estilo de vida, mais destacada por aqueles que se revezam ou são parentes mais distantes, e outra em função da autonomia, destacada por aqueles mais próximos ao idoso. Um aspecto complicado da primeira categoria é definir um estado ideal para todas as pessoas. Outro aspecto que aqui se destaca é a compreensão de que uma pessoa que nasceu saudável não necessariamente irá ter uma velhice saudável. Em relação ao grau de autonomia do idoso, independente da presença de uma doença crônica, esse é um fator que interfere sensivelmente na vida dos cuidadores, pois pode representar uma menor tarefa diária para estes. Assim, tais resultados possivelmente podem ser encontrados em estudos similares com essa população (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002).

A autonomia e independência do idoso foram consideradas elementos estáveis da representação social do idoso saudável. Porém foram encontradas diferenças representacionais de acordo com o grupo pesquisado. Essas diferentes representações apontam para diferentes necessidades de saúde do idoso. Além disso, o que nessa pesquisa se destaca é a necessidade de escutar não apenas pessoas doentes, mas também saudáveis, e escutar o idoso que, apesar de não ter o conhecimento científico sobre a saúde, é capaz de reconhecer quando está doente e quais as formas de se manter saudável (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002).

Leite (2004) também realizou um estudo sobre RS com a população idosa. A autora, ao perceber o poder das mulheres idosas dentro da família no município de Londrina, que tem uma forte influência italiana, realizou entrevistas com doze avós, de idades que variaram de 65 a 89 anos e doze netas das mesmas famílias. A maioria das idosas são viúvas, católicas e não tiveram estudo, pois foram criadas para o trabalho da roça e os serviços domésticos. A maioria dessas idosas chegou a Londrina entre 1930 e 1940, vindo com suas famílias, por estímulo do governo do Paraná, para o plantio de café na região, assim como, por empresas

inglesas, interessadas no plantio do algodão. A fertilidade e o progresso prometido de tal região atraíram essas famílias que buscavam trabalhar na lavoura, comprar terras e melhores condições de vida. Isso faz parte de um movimento de saturação e supervalorização das terras paulistas que trabalhavam com a agricultura comercial, que tinha como produto o café. Essas mulheres passaram por uma nova mudança de local de moradia, ao saírem da área rural do município, considerada atualmente periférica, para a área urbana, mantendo um padrão de vida de classe média.

A representação social da mulher-avó nos grupos que participaram da pesquisa revelou que as avós se consideravam como mãe duas vezes e como mediadora de conflitos entre pais e filhos, que ora criticavam essas relações atuais de desobediência, ora se dedicavam afetivamente aos netos, como uma tentativa de recuperar o tempo que não puderam se dedicar aos seus filhos (LEITE, 2004).

Diante do exposto, pode-se perceber a diversidade metodológica e de objetos de estudo que o campo teórico da RS pode abordar, dentre elas as temáticas ambientais.

2.5.2 As representações sociais de temáticas ambientais

Nesse tópico, serão abordadas algumas pesquisas em representação social que trataram da temática ambiental. Alguns desses estudos utilizam a terminologia meio ambiente; outras, natureza. O que aqui se pretende considerar são as contribuições que tais pesquisas oferecem para o presente estudo, cujo objetivo não é fazer distinções ou análises desses termos escolhidos. Além disso, como as RS do ambiente estão fortemente relacionadas ao local de moradia, apresentam-se dois estudos que tratam de RS da cidade e da casa.

Silva, Gomes e Santos (2005) pressupõem que a problemática ambiental se baseia na relação pessoa-ambiente, estabelecendo a necessidade de estudo das RS da natureza, pois tal teoria possibilita a identificação de conhecimentos e práticas sociais que permeiam a relação humano-natureza. De acordo com os autores, é intrínseco ao estudo das RS o caráter relacional da pessoa com tal objeto.

Júnior, Souza e Brochier (2004) investigaram sobre a representação social da educação ambiental e da saúde para estudantes universitários de ambos os sexos e com média de idade de 26,9 anos. Analisando os resultados a partir da

análise de conteúdo, surgiram três categorias de concepções sobre educação ambiental, que foram: antropocêntrica utilitarista, em que a natureza tem a função de suprir as necessidades do seres humanos; ecocêntrica, que considera o bem da natureza; e antropocêntrica pactuada. Esta última refere-se a uma posição intermediária entre as outras duas categorias e compreende a pessoa como o elemento principal do sistema que deve, sempre que possível, harmonizar os seus objetivos com o bem da natureza. Essa concepção foi a que mais predominou entre os participantes. Ela representa um avanço em relação à antropocêntrica utilitarista por não considerar mais a natureza unicamente como algo que deve solucionar suas necessidades.

A respeito das concepções sobre educação em saúde, as respostas dos participantes foram divididas em quatro categorias: 43% consideram a saúde como ausência de doenças, 22% dão ênfase na saúde do corpo, 16% consideram a saúde como equilíbrio entre mente e corpo, e apenas 8% apresentam um entendimento ecocêntrico da saúde. O alto percentual de participantes que compreende a saúde como ausência de doenças e que dão ênfase ao corpo, indica um entendimento imediatista da saúde, que pode dificultar na adoção de comportamentos preventivos da população. Esse entendimento pode estar relacionado também à ineficiência do sistema de saúde pública e ao crescimento dos planos de saúde que privilegiam tais concepções. Além disso, a ênfase no corpo pode estar refletindo um reducionismo da saúde a estática corporal que é fortemente influenciado pelos padrões de corpo transmitidos pela mídia e pela indústria das aparências físicas (JÚNIOR; SOUZA; BROCHIER, 2004).

Júnior, Souza e Brochier (2004) argumentam que entidades governamentais e não-governamentais devem unir esforços para a realização de atividades formais e informais que abordem, de forma concomitante, a educação em saúde e a educação ambiental, pois, na maioria das vezes, os temas são tratados de forma dissociada. De acordo com os autores, essas atividades não devem ocorrer pela simples transmissão de informação. Elas devem ser realizadas dentro de uma dimensão social questionadora, que visa, a partir da participação efetiva do governo e da sociedade, o favorecimento de ações individuais e coletivas de forma solidária e participativa. Essas atividades, por sua vez, devem ser realizadas de forma contínua e diversificada. Assim, os autores acreditam que se poderia obter a

ampliação para uma visão ecocêntrica do ambiente e uma visão mais ampla da saúde.

Miranda, Schall e Modena (2007) realizaram uma pesquisa com o objetivo de conhecer as representações sociais dos idosos acerca da temática ambiental. Foram entrevistados 20 idosos de dois grupos da terceira idade, residentes na região metropolitana de Minas Gerais. Os dados foram analisados a partir da perspectiva da análise de conteúdo. Os idosos concordaram sobre o estado atual de degradação da natureza, e que isso é provocado pelo ser humano que criou um modelo de desenvolvimento e um contexto ao qual ele próprio não pertence. Porém o discurso entre os dois grupos foi diferente. O grupo de Belo Horizonte referiu-se à natureza como degradada ou em processo de degradação, já o grupo de idosos do município de Betim apresentou concepções de natureza que destaca Deus como criador da natureza.

Um aspecto estruturante da representação social do meio ambiente para os idosos é a poluição atmosférica, que pode ser entendido pela inserção urbana dos grupos. Os participantes revelaram, em suas falas, uma associação entre a degradação ambiental e saúde, o que ocorre devido a um entendimento mais amplo do que é saúde, pois a relaciona com o ambiente físico e social. Os idosos, apesar de não explicitarem o conceito de sustentabilidade, demonstraram realizar atividades práticas e educativas que remetem a esse conceito. Esse entendimento é ancorado na vivência cotidiana, e o modelo explicativo da sustentabilidade parte das condições concretas de sua existência. Sobre a educação ambiental, a educação não-formal foi a alternativa mais defendida pelos entrevistados, em especial as práticas voltadas para a sensibilização do coletivo para o cuidado ambiental e a organização e participação na defesa de uma melhor qualidade do ambiente. Outro ponto defendido pelos participantes e que possibilitaria uma melhor relação da pessoa com o ambiente é o da educação familiar, partindo da socialização primária da criança (MIRANDA; SCHALL; MODENA, 2007).

De acordo com Miranda, Shall e Modena (2007), a respeito de uma atuação concreta dos idosos, no que se refere à responsabilidade de cuidado com o meio ambiente, eles revelaram valorizar a questão da informação e da sensibilização de pessoas próximas. Percebe-se aqui a necessidade de os programas e políticas ambientais transcenderem as explicações científicas, abordando a questão a partir

de uma perspectiva crítica e global, incorporando outros atores, como os idosos, pois estes, ao serem co-responsabilizados pelo cuidado com o ambiente, apresentam-se como elementos fundamentais para a promoção da qualidade ambiental.

Martinho e Talamoni (2007), buscando identificar as representações sociais e suas origens sobre o meio ambiente entre alunos da quarta série do ensino fundamental, realizaram uma pesquisa com 42 alunos de duas escolas públicas localizadas uma em zona rural e outra em zona urbana de um município da cidade do estado de São Paulo. Para coleta dos dados, foram utilizadas entrevistas conduzidas em rodas de conversa, observações, desenhos e questionários, que foram analisados a partir de uma abordagem qualitativa. Os alunos foram solicitados a fazer um desenho sobre o meio ambiente e, em seguida, abriu-se uma roda de conversa para debater o tema, e as falas foram analisadas a partir da análise de conteúdo. As definições sobre meio ambiente foram divididas em duas categorias: naturalista, referente a aspectos naturais e espaciais do ambiente e antropocêntrica, em que os recursos da natureza têm a utilidade de suprir as necessidades dos seres humanos; aproximadamente 70% dos entrevistados de ambas as escolas foram considerados naturalistas. Os aspectos sócio-históricos e culturais não foram considerados nas definições, porém durante as rodas de conversa, no momento que eram solicitados a comentarem dos problemas ambientais mais comuns, tais aspectos foram lembrados.

Os alunos que participaram da pesquisa de Martinho e Talamoni (2007) identificaram, como causa dos problemas ambientais, a organização social. Os problemas identificados foram desde situações clássicas, como poluição, até dificuldades do cotidiano. Estes últimos apresentaram alta frequência, estando relacionados à contaminação de córregos e rios, queimadas, falta de cuidado com o lixo e violência urbana. Para a resolução desses problemas, foram propostas soluções, como repressão policial com multas; processo educativo e participação popular em um exercício de solidariedade e cidadania. Um grupo de alunos que considera o ser humano como um vilão da natureza, afirmou não haver solução para os problemas apresentados. A natureza foi compreendida como sendo constituída por elementos naturais e construídos pelo ser humano, e esse foi considerado, por 20% dos alunos, como parte integrante desse ambiente. Dessa forma, surge a

necessidade de se refletir junto a esse grupo sobre a relação indissociável e de dependência que a pessoa estabelece com o ambiente.

As plantas mais lembradas pelos alunos foram as frutíferas, destacando seu caráter utilitário para os seres humanos, porém não consideraram a vegetação nativa como importante para o equilíbrio da natureza. Os representantes da fauna lembrados foram os domésticos e os regionais. Foram identificadas como perigos ambientais a presença de bichos como onças, e cobras, e a violência urbana. Esta última foi identificada por alguns alunos das duas escolas como um fator determinante para se gostar ou não do ambiente em que vivem. Juntamente com a violência, foram citados sentimentos de indignação, falta de moradia e saneamento adequado, indicando que trabalhos educativos não podem ser circunscritos aos aspectos ecológicos do ambiente. As explicações referentes a gostar ou não do ambiente em que vivem, foram construídas a partir de uma visão contextualizada da realidade ambiental vivida, incluindo elementos físicos, biológicos, sociais e culturais. Um ambiente que propicia bem-estar e saúde para essa população necessita da presença saneamento, rios limpos, ar puro e presença de animais, vegetais e amigos (MARTINHO; TALAMONI, 2007).

A população que participou da pesquisa apresentou diferentes perspectivas para abordar o ambiente, como a visão religiosa, científica e política. Tais perspectivas representam a própria fonte de ideias sobre o meio ambiente dos participantes. As fontes das representações sociais, citadas pelos alunos nas rodas e conversa, foram: mídia, família, religião, escola, amigos, entre outros. Uma vez que as RS são construídas a partir de fontes informais, tal situação indica a necessidade de os processos educativos, ao abordarem as questões ambientais, considerarem os aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos e éticos presentes nesse contexto. Além disso, deve considerar as contribuições de diversas áreas do saber e estabelecer diálogos entre elas. Pode-se perceber uma forte carga afetiva presente nas RS do meio ambiente (MARTINHO; TALAMONI, 2007).

Falcão e Roquette (2007) realizaram uma pesquisa comparativa entre quatro escolas do Rio de Janeiro (área urbana e área rural, públicas e privadas) a fim de identificar as representações dos estudantes sobre a natureza. Os estudantes tinham idades de 14 e 15 anos e responderam a questionários e entrevistas que foram analisados qualitativamente, a partir da análise do discurso do sujeito coletivo,

com que, por meio de expressões individuais, se busca chegar a representações de um dado grupo social em um determinado momento. A ideia de natureza foi dividida em quatro categorias: é natural (o que o ser humano não produziu); é tudo (aqui se inclui o natural e o não-natural); meio ambiente (lugar onde se vive); inclusiva (a pessoa faz parte da natureza); preservacionismo (a natureza está ameaçada); valores e sentimentos (ambiente aconchegante e belo); condições de vida e sobrevivência (a que propicia recursos para a vida humana); criação divina (Deus criou) e natureza instintiva (características inatas do ser humano).

Definir natureza como aquilo que é natural foi a categoria mais encontrada nas quatro escolas pesquisadas, conceito esse seguido de outro: natureza é tudo. Ambas as categorias apresentam a cisão entre pessoa e ambiente, percebendo a natureza como algo distante, pois, mesmo afirmando que 'é tudo', tal definição relaciona-se à origem natural de toda matéria que poderá se tornar industrializada. Além disso, uma ideia de natureza a serviço do ser humano também estava presente. Na categoria meio ambiente, os aspectos físicos foram os únicos a serem incluídos, não se incluindo os aspectos culturais e sociais. O entendimento da natureza como a que propicia a vida e a sobrevivência das pessoas foi bastante comentado, na escola localizada na área rural, entre os estudantes, cujas famílias trabalham na agricultura (FALCÃO; ROQUETTE, 2007).

A ideia mais comentada entre os estudantes da escola localizada na área urbana e com pouca estrutura de saneamento e moradia, foi a de uma natureza idealizada e que precisa ser preservada. Na escola particular de área urbana, os estudantes, ao comentarem que a natureza era algo natural, utilizaram-se de terminologias científicas e não consideraram a pessoa nesse contexto. Já os estudantes da escola particular de classe média apresentaram-se mobilizados e sensibilizados para novas formas de interação com a natureza. Essa relação afetiva com a natureza pode favorecer uma postura preservacionista. É importante considerar que em tal escola há uma disciplina voltada para o respeito aos outros e ao meio ambiente. Essas limitadas definições de natureza, revelam as representações sociais de natureza desse grupo (FALCÃO; ROQUETTE, 2007).

Muitos estudantes que afirmaram acreditar em Deus não relacionaram a natureza com a criação divina. Porém ocorreu uma associação entre 'criação divina' e 'inclusiva', e isso indica a presença do entendimento religioso que afirma que o ser

humano também é uma obra de Deus, sugerindo que a religião está suprindo uma lacuna da formação científica. Dessa forma, Falcão e Roquette (2007) concluem que o contexto em que os estudantes vivem e as práticas educacionais desenvolvidas pelas escolas interferem na representação social que os estudantes fazem da natureza. A escola, sendo um ambiente de desenvolvimento cultural, deverá abordar temas relativos à educação ambiental que considere as características particulares de cada grupo estudado.

Os debates sobre a problemática ambiental das últimas três décadas são marcados pela necessidade de integrar diversas áreas do conhecimento, incluindo o senso comum e diferentes setores sociais para uma gestão ambiental comprometida. Torna-se clara a necessidade de compartilhar saberes diferentes entre os técnicos, entre técnicos e população e entre população e os técnicos, esclarecendo valores e interesses de cada um, sem predomínio de um saber de um grupo dominante (SILVA; GOMES; SANTOS, 2005).

Abordando também a problemática ambiental, Arruda (2000) realizou uma pesquisa com dois grupos de ecologistas, compostos por homens e mulheres, e dois grupos de mulheres ecofeministas. Os ecologistas do primeiro grupo praticam montanhismo e são, em geral, da classe média, com nível superior completo, ou em curso, e têm idade de 30 a 40 anos. Os ecologistas do grupo dois são pessoas ligadas à comunicação e à arte, não apresentam nível superior completo e têm média de idade de 30 anos. Os dois grupos de Organizações Não Governamentais de mulheres apresentam características em comum com média de idade de 40 a 50 anos, com formação universitária e pertencente à classe média. O grupo um de ecologistas afirma que a sociedade industrial é um risco para a natureza, que é percebida como aquilo que é verde. Os seres humanos são considerados uma praga decorrente do crescimento populacional. O principal problema ambiental é o desmatamento, cuja solução é a consciência e ação que o detenha. Quanto ao fim dos problemas ambientais, os participantes consideram que estes só irão acabar quando ocorrer o fim do desmatamento.

Os ecologistas do segundo grupo afirmam que natureza e cultura não se diferenciam e representam aquela no espaço urbano, sendo o maior problema das cidades. As pessoas são vistas de forma ambivalente, pois acreditam que cometem danos à natureza e que podem encontrar soluções para esses problemas. A solução

para esse grupo estaria na mudança de mentalidade e na construção de uma sociedade mais democrática, ao invés do modelo de capitalismo industrial. O futuro é vislumbrado com uma maior harmonia entre a pessoa e o ambiente, pois as pessoas buscarão se autorregular (ARRUDA, 2000).

As mulheres das ONGs pesquisadas relacionam seres humanos a problemas ambientais. O aumento da população para elas representa problemas como: direitos reprodutivos, autonomia nas decisões, etc. O meio ambiente se relaciona a qualidade de vida, globalização, seres humanos e natureza. A ciência se constitui como um grave problema ambiental. Entretanto a grande responsável por solucionar os problemas ambientais são as mulheres por apresentarem valores femininos. Já o futuro se apresenta como uma grande encruzilhada que depende da consciência da humanidade (ARRUDA, 2000).

Silva, Gomes e Santos (2005) buscaram identificar os significados dados à natureza por três grupos sociais (moradores, veranistas e turistas) que frequentavam praias do litoral Sul de Pernambuco. Participaram da pesquisa 236 pessoas que mantinham relações de proximidades diferentes com o objeto, pois tal distanciamento interfere na forma das RS dos objetos. Utilizando-se de uma análise quantitativa das RS, buscou-se identificar os elementos comuns das RS de natureza dos três grupos, os aspectos diferentes entre eles e o processo de ancoragem desses grupos. A técnica utilizada para a coleta dos dados foi a associação livre e uma entrevista semi-estruturada. Foram identificados como elementos centrais da RS de natureza dos três grupos os elementos mar e vida. Tal definição transparece o sentido de natureza como sendo provedora, fonte de vida para o ser humano usufruir.

Os elementos sol, planta, preservação e mangue foram identificados como sendo elementos da periferia da palavra central, ou seja, são hipônimos contidos no termo natureza e, por sua alta frequência, podem vir a compor esse núcleo. A idade dos participantes foi um fator que, ao que parece, não interfere nas RS de natureza, e como fator mais determinante para as diferenças considera-se o vínculo que as pessoas têm com o local. Outras questões relacionadas ao vínculo estabelecido com o local podem estar associadas com o poder aquisitivo e o nível de escolaridade, pois as pessoas que vivem em tais áreas apresentam situação

econômica e educacional inferior à dos visitantes e veranistas dominantes (SILVA; GOMES; SANTOS, 2005).

De acordo com Souza e Zioni (2003), a teoria das representações sociais, nos últimos anos, tem se apresentado como uma possibilidade para se abordar as questões de saneamento ambiental, pois ela trata de uma faceta importante da relação pessoa-ambiente, que são os significados que a pessoa constrói nessa relação.

Souza e Zioni (2003), utilizando o referencial teórico da teoria das RS e a técnica de triangulação de dados, buscaram identificar quais os significados que moradores de áreas de mananciais atribuem ao meio ambiente e, em especial, à água, e como se apropriam de tais recursos. As autoras acreditam que tal compreensão poderá produzir elementos que favoreçam a criação de estratégias que busquem a inserção dessa população no espaço urbano, por parte do poder público e da sociedade civil. O rio para essas pessoas é um elemento de identidade e faz parte da paisagem do local. O meio ambiente é entendido como aquele que é natural e propicia o acesso universal à saúde.

O conhecimento científico, além de considerar leis gerais que extrapolam características locais, deve considerar as particularidades dos recursos naturais e do ecossistema. Utilizando a ciência como referência, Silva, Gomes e Santos (2005) defendem que, para se extrapolar a ideia de natureza como provedora, deve-se considerar que a natureza possui suas próprias leis e cursos que independem do ser humano, que o funcionamento da natureza é complexo e que qualquer ação sobre ela necessita de cautela e, ainda, que o modelo de entendimento da física é limitado para compreender as leis gerais da natureza. Isso implica assim a necessidade de se conhecerem circunstâncias mais específicas para a compreensão das estruturas biológicas e sociais.

Para Souza e Zioni (2003), a degradação ambiental com seus consequentes agravos para a saúde da população foi marcadamente influenciada pelos acontecimentos do século XIX. Esse momento foi marcado pela elevada concentração de populações em áreas restritas e por um padrão de desenvolvimento urbano adotado, que desencadeou a institucionalização de algumas práticas de apropriação de espaço e dos recursos naturais. Segundo os autores, as populações que moram nos arredores das metrópoles de países em

desenvolvimento, e cuja maioria é de pessoas que foram expulsas da zona central da cidade pelas suas desigualdades e pelo desemprego, moram nas áreas mais críticas de condições ambientais. Nas periferias das cidades, as populações de baixo nível socioeconômico vivenciam diversas carências, como escassez de moradia, saneamento, saúde, lazer, etc. Os processos de degradação ambiental nesse contexto tornam-se uma constante, o que se deve mais à falta de atuação do poder público do que à própria apropriação do meio. Para essa população, a pobreza é a grande causa de degradação ambiental, pois implica ignorância e negligência. Assim, o primeiro passo para a reinserção social desses moradores é a desconstrução da representação social de que quem degrada o meio ambiente são as pessoas de baixa renda.

Os moradores de tais áreas não se dão conta dessa dinâmica política, social e econômica que os cerca. Eles se consideram como responsáveis pelas condições sociais insalubres, não considerando que tal situação está mais relacionada a uma conjuntura sociopolítica do que à práticas culturais de interação com o ambiente. Nesse entendimento, essas pessoas compartilham a representação da pobreza que é desvalorizada socialmente por associar categorias como falta de educação, cuidado, zelo, etc., o que gera uma autoimagem negativa. Ocorre assim uma segregação entre esse grupo e aqueles moradores que são zelosos, civilizados e educados. Buscando estratégias de autoinclusão, esses moradores buscam adotar práticas utilizadas pelo grupo considerado mais civilizado, conferindo-lhes um padrão diferenciado de educação, que pode independe do seu nível socioeconômico. Um exemplo desse movimento ocorre quando moradores de áreas periféricas retiram a vegetação original e a substituem por gramados e outras espécies de plantas, e seguem o modelo adotado por residências de alto padrão do município. O morador assim recria sua representação de pobreza, à medida que vai imprimindo, em sua casa, atributo tido como zeloso e higiênico por seu proprietário. Porém, existem diversos moradores que não adotam tal padrão externo e, utilizando-se de soluções individuais, cuidam do local buscando condições salubres, pois tal espaço configura-se como o único local onde puderam concretizar o sonho da casa própria (SOUZA; ZIONI, 2003).

Um aspecto importante dessa pesquisa, que foi realizada em um município do Estado de São Paulo, é a predominância dos interesses da metrópole

paulista em detrimento das potencialidades históricas dos municípios vizinhos. Essa condição impõe à vida de seus moradores a vivência de condições ambientais precárias e de desigualdades regionais. O município de Mairiporã teve seu crescimento marcado pela imposição do poder econômico de São Paulo em detrimento ao patrimônio histórico e ambiental da cidade, o que gerou no município uma desestruturação econômica ainda não superada. A cidade passou de produtora agrícola e mineral, a uma cidade dormitório, que deve suprir a necessidade hidráulica e elétrica da metrópole. Com a Lei de Proteção aos Mananciais, percebe-se, por meio da mídia escrita, a presença de um discurso que valoriza a identidade local, privilegiando uma perspectiva sustentável. O grande desafio para o município parece o de apresentar autonomia em detrimento aos interesses da metrópole e resgatar um compromisso ético e moral na relação das pessoas com o meio ambiente. Acredita-se que assim será possível diminuir os prejuízos ambientais e sociais e se desenvolver as potencialidades humanas, econômicas e culturais do local (SOUZA; ZIONI, 2003).

Pecora e Sá (2008) pesquisaram como três gerações diferentes representam socialmente a cidade de Cuiabá em seus períodos de juventude. O tema indutor da pesquisa foi: “Cuiabá no seu tempo”. Assim participou da pesquisa um grupo de pessoas com idade de 65-75 anos, outro com idades que variaram de 44 a 51 anos e outro que variou de 26 a 33 anos. O primeiro grupo vivenciou a sua juventude entre os anos 1950 a 1967, em que a cidade era marcada por um lento progresso. O segundo vivenciou quando a cidade passava por um período de acentuada modernização entre os anos de 1968 a 1986. Já a terceira geração vivenciou sua juventude quando a cidade já estava em fase de globalização, entre os anos de 1987-2000. A faixa etária adotada para compreender a juventude foi faixa etária entre 15 e 25 anos. As três gerações vivenciaram essa fase de vida na segunda metade do século XX, que foi marcado por profundas mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, próprias de uma sociedade de consumo. Nesse período, a cidade saiu de certo isolamento para uma condição de centro urbano da região Centro-Oeste do país.

Utilizando-se da abordagem estrutural das RS, Pecora e Sá (2008) concluem que as três gerações apresentam o mesmo núcleo central ao representar Cuiabá no seu tempo de juventude, pois suas composições são similares,

caracterizando-a como uma cidade tranquila, boa para morar, em que todos se conheciam e que era menos violenta. As distinções entre os grupos parece estar presente na zona periférica de suas representações. Assim, mesmo com a intensificação do processo migratório para a cidade nos anos de 1950, a representação da cidade é a mesma. Percebe-se uma distinção entre a memória dos participantes, considerada aqui como um conjunto de representações do passado, e a história da cidade que apresentou consideráveis mudanças na sua história. O passado é visto pelos participantes por meio de uma versão única do presente, envolvidos possivelmente por um sentimento de nostalgia relacionado à época pesquisada, que ainda pode estar sendo reforçada pela mídia, pelas festas comemorativas ou por processos de comunicação informal entre as gerações.

Tendo como objeto de estudo a moradia, e como conceito, as representações sociais, Peluso (2003) buscou demonstrar as afinidades entre a Geografia e a Psicologia ambiental nas pesquisas. Tal afinidade entre as duas áreas surge quando se considera o ambiente e a pessoa como atores sociais. O caráter ambíguo do objeto de estudo da Psicologia Ambiental assim como suas indefinições, configura-se para a autora como uma condição necessária para que a ciência evolua.

Sendo geógrafa, Peluso (2003) considera que tal ciência trata do espaço como um produto de processos sociais, econômicos e culturais, e seus autores são a coletividade e não o indivíduo, este aqui é sempre considerado dentro de números e escalas espaciais. Assim, sem perder de vista os processos sociais mais amplos, buscou-se o que poderia haver de mais individual nesse processo. Foi aí que a autora se deparou com o potencial investigativo das representações sociais, por trabalhar de forma articulada com a dimensão individual e a coletiva, abrindo caminho para a interdisciplinaridade da Psicologia Ambiental.

A remoção de pessoas que eram inquilinos e invasores para a cidade-satélite de Samambaia, por meio do Programa de Assentamento das Populações de Baixa Renda do Distrito Federal, iniciado em 1989, instigou em Peluso (2003) a necessidade de recorrer a esses novos caminhos teórico-metodológicos. Os assentamentos contavam com uma precária infra-estrutura, pois contavam apenas com luz e acesso à água de chafarizes para as quadras. Os próprios moradores retiravam a vegetação e construía seus barracos. A satisfação de todos era

evidente, pois finalmente poderiam ser proprietários. Essas pessoas cooperavam a favor do Estado e das agências imobiliárias, entre outros que atuam sobre a terra urbana. Ao adentrar mais profundamente na realidade daqueles moradores, a autora percebeu um grande território de privações em que tais pessoas transitavam com resignação e eficiência. Incomodada com a referência feita a tal população, que sempre era considerada como moradores de loteamento, de periferia ou pioneiros, a autora buscou as particularidade daqueles moradores, considerando-os como pessoa. Seis anos após o início da ocupação, a pesquisa foi realizada, no local a água já jorrava de torneiras, as principais avenidas eram asfaltadas, o esgoto estava sendo anunciado, etc. Lá havia a presença de grandes sobrados e barracos, com moradores de várias origens e diferentes classes sociais, que tinham em comum a falta de um local de moradia em algum momento de suas vidas ou na vida de seus pais.

A casa, ao mesmo tempo em que é uma realidade mental, é também “[...] uma realidade concreta, material e social, localizada, monetarizada e fetichizada” (PELUSO, 2003, p. 324). Tal característica possibilita que os moradores elaborem suas RS. Por meio da análise de discurso, os moradores entrevistados demonstraram que as pessoas se relacionam entre si sobre as várias formas de habitar, ou seja, proprietário, inquilino ou invasor demarcando um modo capitalista de pensar sobre a casa. Outro núcleo foi a passagem de não-proprietários a proprietários transparecendo um fetiche sobre a materialidade do objeto. A própria individualidade era construída a partir da posse da casa que também influencia na forma como tais moradores percebiam a cidade. O sujeito de tal cenário é a casa própria e quem fala é o morador. Essa condição foi comum a todos, independente de classe social e renda monetária. A propriedade torna-se um elemento estruturador de identidade que pode ser negativa ou positiva dependendo da posse da mesma, que gera estigmatizações e discriminações. A condição de ter sido ou ser invasor acompanha a pessoa como uma marca mesmo depois de ter uma casa própria. Uma relação eu-mundo positiva ocorre pela presença de uma vivência anterior que não incluía invasões ou más condições de vida (PELUSO, 2003).

A partir do exposto, pode-se perceber a importância do estudo da relação sociedade-natureza, considerando-a a partir de um referencial teórico adequado e identificando as implicações práticas de tal relação na vida das pessoas. Nesse

contexto, a teoria das representações sociais pode desempenhar um importante papel na criação de estratégias de educação ambiental por se interessar nas construções feitas a partir do senso comum (SILVA; GOMES; SANTOS, 2005). O que se pode perceber em comum nesses estudos é a necessidade de abordar a temática saúde, ambiente e migração além da perspectiva científica, pois, mais do que um objeto de estudo da ciência, são categorias que fazem parte do cotidiano das pessoas.

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as representações sociais de saúde e doença e sua relação com o ambiente para um grupo de migrantes da cidade de Campo Grande/MS.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

Descrever os dados sociodemográficos dos participantes;

Problematizar os aspectos relacionados ao processo migratório dos participantes;

Caracterizar e analisar as concepções dos participantes a respeito da relação ambiente e processo saúde-doença.

4.1 BREVE COMENTÁRIO SOBRE A METODOLOGIA ESCOLHIDA

A presente pesquisa insere-se dentro da área de Psicologia, e considera uma temática psicossocial. Por estar inserida nessa área, optou-se por uma metodologia qualitativa que busca a compreensão do fenômeno estudado e na qual as pesquisas não buscam desenvolver teorias universais, mas sim contextualizar o problema em questão.

As Ciências Sociais são marcadas por uma ideologia intrínseca e extrínseca, que apresentam interesses e formas de ver o mundo historicamente construído. Portanto o objeto das ciências sociais é eminentemente qualitativo. Uma pesquisa qualitativa, inserida em uma ciência social, detém-se em um nível de realidade que não dá para se quantificar (MINAYO, 2004).

A técnica escolhida para obtenção do corpo qualitativo da problemática abordada na pesquisa foi a entrevista, por ser uma técnica amplamente utilizada nas pesquisas das áreas sociais e por permitir que o pesquisador entre em contato direto com a fala dos atores sociais. Diante disso, seguem-se algumas considerações sobre a forma como a metodologia foi entendida e considerada nesse estudo.

Para Spink e Menegon (1999), a metodologia se constitui como um ramo da Filosofia, que pretende compreender o método geral de investigação científica, e um ramo da epistemologia, que busca uma correspondência entre as estruturas de realidade e o conhecimento produzido. A metodologia, segundo Minayo (2004), pode ser compreendida como o curso do pensamento e a prática desenvolvida para abordar a realidade.

Nesse sentido, a pesquisa é compreendida como uma atividade básica desenvolvida pela Ciência como forma de indagar e construir a realidade. A pesquisa deve ser embasada em teorias, que são conhecimentos anteriores construídos por outros pesquisadores sobre a questão em estudo, são assim explicações parciais da realidade (MINAYO, 2004).

O conhecimento científico, por sua vez, criou a chamada expressão “senso comum”, que, segundo Alves (1996), foi criada por pessoas que se consideravam acima do senso comum e que julgavam que esse saber tornava intelectualmente inferiores as pessoas, por não possuírem um saber científico.

A esse respeito, é interessante pensar que cada pessoa, cada cientista ou pesquisador, possui, antes de tudo, um saber que faz parte do senso comum, afinal o cientista pesquisa apenas uma determinada área do saber, que conseqüentemente não pode ser aplicada durante todo o tempo e em toda sua vida cotidiana e prática. O saber do senso comum é tão importante para as pessoas que é um conhecimento necessário a todos, por isso que ele é comum, porque todas as pessoas o possuem. É de acordo com esse entendimento que a presente pesquisa utiliza a Teoria das Representações Sociais pois são as RS que possibilitam a construção de uma realidade comum compartilhada nas relações sociais.

Segundo Alves (1996), a ciência não existiria se o senso comum não existisse, a ciência, nesse sentido se apresenta como uma metamorfose do senso comum. Além disso, esses dois tipos de conhecimentos existem por uma mesma razão que é a necessidade da compreensão do mundo, para que as pessoas possam viver mais e melhor.

Para as ciências humanas, a ciência é somente uma das maneiras de ver a realidade complexa, nunca a maneira única e final. A realidade não se esgota e o esforço científico sempre possui o lado da descoberta daquilo que se pode conhecer mais e melhor. (CALIL; ARRUDA, 2004, p. 175).

Dessa maneira, cada pesquisador, ao realizar o seu trabalho, que está inserido primeiramente em uma forma de ver a realidade, é apenas uma parte do contínuo processo de produção científica. Isso, porém, não minimiza sua importância, afinal ela, no momento em que se realiza, ganha sentido e importância por estar de acordo com as aspirações e questionamentos do momento histórico em que está inserida.

Entre fazer ciência e desenvolver atividades rotineiras, existem regras e linguagens sociais diferentes, existem inclusive diferenças dentro dessas diversas atividades e do próprio campo científico. Entretanto todas elas podem ser resignificadas como maneiras de se produzir sentido sobre o mundo. A pesquisa científica, enquanto sistema de regras pautadas em estratégias de validação consagrada ao longo dos tempos pela tradição, é considerada um discurso institucionalizado (SPINK; MENEGON, 1999).

A partir do momento em que se apresenta o pressuposto de que a pesquisa é uma prática social, é que deve haver um maior esforço para se resignificar os aspectos que contribuem para o desenvolvimento de determinada

metodologia de pesquisa. A pesquisa científica pode assim ser considerada uma prática social, reflexiva e crítica (SPINK ; MENEGON, 1999).

O sentido de um saber ou um trabalho intelectual não é definido apenas pelo próprio pesquisador, mas pelas pessoas, grupos e sociedade que dão significado e intencionalidade a essas construções (MINAYO, 2004). Ou seja, o pesquisador, ao escolher o seu objeto de pesquisa, tem motivações que foram construídas socialmente e dão um sentido particular ao seu trabalho. Porém esse trabalho não é construído e baseado apenas dentro de uma lógica particular, mas sim, também é marcado pelos questionamentos sociais da época em que está inserida. E, indo além desse momento, uma vez sendo publicados os resultados dessa pesquisa, o pesquisador passa a ser apenas um leitor privilegiado dos seus próprios dados, pois cada pessoa, em última análise, pode dar um sentido diferente aos resultados encontrados. Assim, novas pesquisas podem ser realizadas considerando os conhecimentos previamente estudados.

O objeto das Ciências Sociais é *histórico*. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social. Por isso, também, as crises têm reflexo tanto no desenvolvimento como na decadência de teorias sociais. (MINAYO, 2004, p. 13)

Dessa forma, toda pesquisa não está isenta de historicidade e não pode ser considerada neutra. Tais aspectos estão presentes desde a consideração de um determinado fenômeno como algo que deve ser investigado, até o momento em que os resultados são publicados, pois eles podem respaldar a sociedade para a realização de intervenções e atividades sociais que diretamente implicam questões na vida das pessoas.

As Para as pesquisas sociais, o lugar primordial é aquele ocupado pelas pessoas e grupos que estabelecem ali uma dinâmica de interação social. A partir do momento que é realizada uma construção teórica sobre objeto de estudo, o campo passa a ser um lugar privilegiado de interações e intersubjetividade, entre o pesquisador e o objeto de estudo, o que acaba por gerar outros novos conhecimentos (NETO, 2004).

Diante do exposto sobre os processos metodológicos, pode-se considerar que a escolha por uma determinada metodologia de pesquisa envolve muitos aspectos, como o desejo pessoal, as aspirações sociais, o momento político, histórico, temporal, etc. Esses aspectos, por sua vez, devem ser considerados e analisados dentro de uma perspectiva científica, que vise a um compromisso ético-político com a sociedade. Visando assumir tal compromisso é que a pesquisadora se comprometeu a divulgar os resultados desta pesquisa de forma ampla, para que um número maior de pessoas tome conhecimento da problemática em questão. Além disso, a pesquisadora também se comprometeu a apresentar uma devolutiva à comunidade que se dispôs a participar deste estudo.

4.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência e Apoio Social (CRAS) e na residência dos participantes, localizados no bairro Jardim Aeroporto, que faz parte da região do Imbirussu, na cidade de Campo Grande, MS. A escolha do local onde foi realizada a coleta dos dados deu-se pela conveniência e escolha de cada participante.

O CRAS, entre outras atividades, propicia semanalmente um espaço de convivência entre os idosos. Esses encontros são dirigidos pelas próprias técnicas do CRAS ou por outro profissional convidado para trabalhar com algum assunto de interesse do grupo. A temática e a metodologia utilizadas nesses encontros variam, mas geralmente envolve informação, recreação e um momento de troca de experiências entre os participantes. Muitas pessoas que freqüentam o grupo de idosos também participam semanalmente do um grupo de atividades físicas também coordenado pelo CRAS.

4.3 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 19 idosos, de ambos os sexos e com média de idade de 63 anos, que frequentam o grupo de idosos do CRAS e que eram moradores beneficiados pelo projeto “Mudando para Melhor Imbirussu-Serradinho” desenvolvido pela Unidade Executora Municipal, coordenada pela Empresa

Municipal de Habitação (EMHA). Inicialmente, essa população morava de forma irregular em áreas em torno dos córregos Imbirussu e Serradinho e, por meio do Projeto, foram transferidas para a área urbana da região.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO “MUDANDO PARA MELHOR IMBIRUSSU – SERRADINHO”

Os dados aqui apresentados sobre o projeto “Mudando para Melhor Imbirussu – Serradinho” foram fornecidos pela Empresa Municipal de Habitação. Tal projeto foi elaborado pela Unidade Executora Municipal, que é coordenada pela EMHA e conta com o apoio de diferentes técnicos do município.

Esse projeto faz parte do Programa Habitar Brasil BID (HBB), que conta com os recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), da União e da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS, e tem por objetivo a melhoria das condições de habitabilidade e qualidade de vida das famílias beneficiadas pelos projetos desenvolvidos.

O Projeto “Mudando para Melhor Imbirussu–Serradinho” visa à construção de 850 unidades habitacionais, a partir do remanejamento das famílias que residem à margem dos córregos Imbirussu e Serradinho. Além disso, tem o objetivo de recuperar e promover a área ambiental, o sistema viário e executar um trabalho social. Este último visa à construção de uma cidadania ativa, com a participação comunitária e geração de renda.

Um dos componentes desse projeto, o Projeto de Participação Comunitária (PCC), tinha duração prevista de 30 meses, entre julho de 2005 a janeiro de 2008 e enfocava: mobilização e o fortalecimento comunitário; educação sanitária e ambiental e geração de renda.

4.4.1 Perfil da área beneficiada pelo projeto “Mudando Para Melhor Imbirussu – Serradinho”

A área de desocupação do projeto corresponde às áreas em torno dos córregos Imbirussu e Serradinho, ocupadas de forma irregular, contribuindo para a contaminação do solo, pois, em tal local, ocorre o acúmulo de lixo e não há uma

rede de esgoto, arruamento e acesso. Além disso, as instalações de energia e água são gambiarras e a coleta de lixo é realizada de forma parcial. Apesar de sua grande extensão ao longo da cidade, a população que participou desse projeto morava as margens do córrego localizado próximo ao bairro Jardim Aeroporto.

A nova área de ocupação corresponde a uma área urbana no bairro Jardim Aeroporto, que, a partir da realização do projeto, contará com infraestrutura, equipamentos e serviços públicos para a comunidade. A escolha dessa área foi um fator fundamental para a adesão da população ao projeto.

4.4.2 Caracterização da população beneficiada pelo projeto “Mudando Para Melhor Imbirussu – Serradinho”

O local para o qual a população que participou da pesquisa foi transferida contava com uma infra-estrutura comunitária mais ampla como Centro Comunitário, escolas, estabelecimentos comerciais, etc. O perfil socioeconômico da população então remanejada e o da população que já habitava a área que iria receber esses novos moradores, não apresentava diferenças e ambas as áreas tinham tempo de ocupação de mais de vinte anos.

A maior parte da população beneficiada pelo projeto possui renda familiar mensal abaixo de três salários mínimos, com baixa escolaridade e sem qualificação profissional, muitas dessas pessoas estavam desempregadas. A população de ambas as áreas (de desocupação e ocupação) da região, apresenta faixa salarial similar; tem o ensino fundamental completo como escolaridade; ocupação profissional ligada ao setor terciário e à informalidade; baixo índice de desemprego; e utilização dos imóveis basicamente para moradia.

4.5 INSTRUMENTO

O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada, que se caracteriza pela existência de um roteiro pré-determinado que o pesquisador deve seguir no momento de coleta dos dados. O roteiro da presente entrevista, que foi construído pela pesquisadora e supervisionado pela orientadora, contém questões sobre dados sociodemográficos, migração e o processo saúde-doença (APÊNDICE A). A criação

desse roteiro foi inspirado nas questões propostas por Cezar-Vaz et al. (2007) para verificar se a atenção básica a saúde era orientada por uma abordagem socioambiental.

A escolha por tal metodologia se dá pelo fato de a entrevista permitir ao participante um momento de reflexão sobre o assunto pesquisado, e ao pesquisador, conhecer de forma ampla o que o participante pensa a respeito do assunto abordado. Segundo Calil e Arruda (2004), em pesquisas qualitativas, a entrevista é um procedimento básico de coleta de dados que possibilita ao pesquisador ter um contato direto com o seu objeto de pesquisa. Para Pinheiro (1999), a Psicologia utiliza amplamente a técnica da entrevista, utilizando-a tanto em sua prática profissional, como na realização de pesquisas.

De acordo com Neto (2004), a entrevista caracteriza-se como uma conversa, que não é despretensiosa e neutra, entre duas pessoas, e que tem estabelecido propósitos bem definidos. A entrevista, no trabalho de campo, é o procedimento mais usual, ela busca obter informações por meio da fala dos atores sociais. Essa técnica reforça a importância dos sentidos da fala e da linguagem e permite a obtenção de informações objetivas e subjetivas.

4.6 MATERIAL

Foi utilizado um gravador para o registro das entrevistas.

4.7 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, foi agendado com a direção do Centro de Referência de Apoio Social (CRAS) do bairro Jardim Aeroporto um encontro para apresentação do projeto, momento em que foram explicados os objetivos da pesquisa, a fim de se obter autorização para realização da pesquisa com a assinatura da Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

O projeto de pesquisa, após ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (anexo 1) e aprovado sem restrições, seguiu as seguintes etapas. Primeiramente, foi agendado com a direção do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o momento para a

apresentação da pesquisa à comunidade. A pesquisa foi explicada de forma coletiva, convidando a comunidade para dela participar. Em um segundo momento, foi agendada, com cada morador que aceitou participar da pesquisa, uma entrevista individual, com hora e local previamente acordados entre a pesquisadora e o participante.

Esse procedimento está de acordo com Neto (2004) que enfatiza que inicialmente deve haver uma aproximação, de preferência gradual, com as pessoas do local escolhido para a realização do estudo. Isso pode ser facilitado pelos próprios moradores ou por pessoas que mantêm sólidas relações com as pessoas que participaram do estudo. O grupo deve ser informado sobre o que será pesquisado e as possíveis repercussões provenientes do processo de investigação. Além disso, o campo, para o pesquisador, deve ser considerado como uma possibilidade de novas relações.

Durante as entrevistas individuais, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), o qual, além de descrever os objetivos da pesquisa, explicita que o participante poderia desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, bem como deixar de responder a qualquer pergunta. Quando o participante aceitava participar da pesquisa, ele assinava o Termo e iniciava-se a entrevista, que foi gravada com o prévio consentimento dele.

De acordo com Spink e Menegon, (1999), o consentimento informado se apresenta como um instrumento que garante a transparência dos procedimentos utilizados na pesquisa e os direitos e os deveres das partes envolvidas nesse processo. Além disso, as autoras afirmam que sua cláusula fundamental é a da possibilidade de desfazer o acordo. Dessa forma, tal consentimento é indispensável para a realização de uma pesquisa que se compromete com a ética e o respeito à comunidade.

Inicialmente, os participantes foram convidados a responderem às questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, que incluía os seguintes itens: sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação profissional, religião, composição familiar, papel na estrutura familiar e renda familiar. Em um segundo momento da entrevista, as questões abordaram o processo de migração e ambiente, seguindo-se do terceiro momento que apresenta questões referentes ao processo saúde-doença.

4.8 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

O conteúdo das entrevistas foi analisado seguindo os seguintes passos:

- a) Transcrição das entrevistas na íntegra;
- b) Agrupamento dos relatos de acordo com cada pergunta realizada;
- c) Leituras minuciosas do conteúdo das entrevistas para a identificação de temas que emergiam de cada questão;
- d) Escolha de palavras e trechos dos relatos que representassem os temas elencados.

Inicialmente os dados sociodemográficos dos participantes foram descritos e os relatos dos participantes foram trabalhados a partir da análise de discurso, com a criação de categorias não definidas a priori que, de acordo com Franco (2005), são as categorias que surgem a partir das falas dos participantes e que são interpretadas a luz de uma teoria explicativa.

Para a análise dos relatos referentes ao processo saúde-doença foi utilizada a Teoria das Representações Sociais. Dessa forma, buscou-se extrair dos relatos dos participantes suas representações sociais cotidianas, por meio da identificação dos diversos elementos que as compõem, como crenças, valores, atitudes, etc. que se relacionam, por sua vez, a pensamentos ideológicos, culturais, experiências pessoais, etc. Para isso, foram utilizados autores como Moscovici (2003) e Jodelet (2001).

A fim de preservar o anonimato dos participantes, a letra “P” seguida do número de identificação, escolhido pela ordem em que as entrevistas foram realizadas, foi utilizada para identificar cada participante durante a transcrição e discussão dos relatos. Na discussão dos relatos, além da letra “P” e do número, foi acrescentado o sexo, sendo esse identificado pela letra “F” para o sexo feminino e “M” para o masculino, e as idades de cada participante.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos relatos dos participantes, primeiramente são descritos os dados sociodemográficos. Na discussão dos relatos, foi priorizada a ordem cronológica das vivências relativas ao morar desses participantes. Como se trata de uma população que passou por um processo de migração entre uma área à beira do córrego e uma área urbana, a discussão dos relatos envolve desde os motivos de morarem à beira do córrego até as vivências dos participantes na região urbana. Dessa forma, foi analisado o processo migratório vivenciado pelos participantes, o que incluiu: o motivo de morarem a beira do córrego, o que envolve a vivência de outros processos migratórios; os relatos de como era o local em que viviam à beira do córrego; o processo de mudança de local de moradia e morar na área urbana daquela região.

Em um terceiro momento, são identificadas as representações sociais do processo saúde-doença dos participantes, o qual inclui o entendimento do que é saúde, do que é doença e como eles se sentiam naquele momento. E por fim são analisados os relatos que tratam da temática do ambiente e como esse se relaciona com a saúde.

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Inicialmente buscou-se identificar os dados sociodemográficos dos participantes: a idade; o sexo; o estado civil; o nível de escolaridade; a ocupação; a religião e se eles se consideravam praticantes destas. Esses dados estão apresentados na Tabela 1.

Participaram da pesquisa 19 moradores, sendo 16 mulheres e três homens, com idades que variaram entre 49 e 85 anos, com média de idade de 63 anos. De acordo com Pinheiro et al. (2002), as mulheres utilizam-se mais de estratégias para prevenção de doenças que os homens. A partir do que comenta Pinheiro et al. (2002), e considerando a participação no grupo de idosos como uma atividade que propicia a prevenção de doenças, pode-se inferir que o maior número de mulheres, em relação ao de homens que participaram dessa pesquisa pode estar relacionado a uma maior procura das mulheres pelo tipo de atividade desenvolvida no grupo de idosos.

A maioria dos participantes tinha nível médio incompleto (13 participantes), uma participante estudou até a alfabetização, e quatro nunca estudaram. Em relação à ocupação, a maioria dos participantes afirmou realizar atividades domésticas (11 participantes), quatro não responderam, três afirmaram que já trabalharam e que atualmente recebem aposentadoria, e uma trabalha de diarista.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa considerando: idade; sexo; estado civil; estudo; ocupação; religião e prática religiosa.

Participante	Idade	sexo	Estado civil	Estudo	Ocupação	Religião	Prática Religiosa
P1	61	F	Casada	Médio Incompleto	Do lar	Católica	Sim
P2	75	F	Viúva	Médio Incompleto	Não trabalha Mais	Evangélica	Sim
P3	61	F	Viúva	Médio Incompleto	Não trabalha	Católica	Sim
P4	65	F	Solteira	Médio Incompleto	-	Católica	Sim
P5	66	M	Solteiro	Nunca estudou	Não trabalha Mais	Católico	Sim
P6	86	M	Casado	Médio incompleto	Aposentado	Evangélico	Sim
P7	67	M	Casado	Médio ncompleto	Aposentado	Católica	Sim
P8	56	F	Viúva	Médio incompleto	Não trabalha Mais	Católica	Sim
P9	65	F	Solteira	Nunca estudou	Nunca Trabalhou	Católica	Sim
P10	49	F	Solteira	Médio incompleto	Diarista e faz Tapetes	Umbandista	Sim
P11	63	F	Viúva	Médio incompleto	Do lar	Católica	Sim
P12	62	F	Divorciada	Nunca estudou	Não trabalha Mais	Adventista	Sim
P13	76	F	Separada	Nunca estudou	-	Católica	Sim
P14	58	F	Casada	Médio incompleto	Do lar	Católica	Sim
P15	57	F	Solteira	-	Não trabalha Mais	Católica	Não
P16	54	F	Solteira	Médio incompleto	-	Católica	Sim
P17	59	F	Separada	Médio incompleto	-	Crer em Deus	Sim
P18	55	F	Separada	Alfabetizada	Não trabalha Mais	Crer em Deus	Não
P19	67	F	Casada	Médio Incompleto	Do lar	Católica	Sim

Legenda: feminino (F); masculino (M); não responderam (-).

Nesta pesquisa, considera-se todas as pessoas que foram beneficiadas pelo projeto habitacional “Mudando para melhor Imbirussu-serradinho” e que participavam do grupo de idosos do CRAS. Mesmo sendo um grupo de idosos, algumas pessoas com menos de 60 anos participam, correspondendo a uma faixa etária de 50 a 59 anos em média. A não rigidez em relação à idade estabelecida pelo CRAS, pode estar associada à relação entre baixo poder aquisitivo e menor expectativa de vida. Pois a OMS, de acordo com Santos e Barros (2008), considera

que uma pessoa é idosa a partir dos 60 anos nos países em desenvolvimento e a partir de 65 anos nos países desenvolvidos.

Em relação ao estado civil, os três participantes do sexo masculino são casados, além deles há duas participantes que também são casadas. Das demais participantes, seis são solteiras, quatro divorciados e quatro viúvas.

Em relação à religião, a maioria dos participantes, 13 ao total, afirmaram ser católicos. Três participantes são evangélicos, um umbandista e dois não têm religião, mas acreditam em Deus. A respeito da prática religiosa, a maioria dos participantes afirmou ser praticante, o que corresponde a 16 entrevistados, e, desse total, dois vão em média duas vezes por mês ao seu local de oração. Dois outros participantes disseram não frequentar tais locais.

Os participantes também foram questionados sobre o tempo de moradia na casa que receberam do projeto habitacional, com quem moravam na casa e qual a renda familiar. Tais dados estão apresentados na Tabela 2.

A descrição de tais dados faz-se necessária uma vez que elas interferem na construção da RS do processo saúde-doença e como este se relaciona com processo migratório e o ambiente. Esses dados podem servir de subsídio para programas que envolvam a transferência de populações que necessitam migrar para uma outra localidade.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa considerando: tempo de moradia, com quem mora e respectivas idades e renda familiar.

Participantes	Tempo de Moradia	Com quem mora e respectivas idades	Renda Familiar
P1	3 anos	Marido(44); filho (17)	2 salários mínimos
P2	1 ano e 6 meses	Sozinha	1 salário mínimo
P3	2 anos	Filho (15); filha (31); Netos (11 anos; 6 anos; e 4 meses)	1000
P4	2 anos	Sozinha Casa vizinha: filho (30)	1 salário mínimo
P5	3 anos	Sozinho	-
P6	2 anos e 6 meses	Esposa (46)	2 salários mínimos
P7	3 anos	Esposa (61); Casa vizinha: filho (31); netos (10 e 8 anos)	400
P8	2 anos e 6 meses	Sozinha Casa vizinha: filho e nora	1 salário mínimo (referente à pensão)
P9	2 anos	Sozinha	1 salário mínimo
P10	2 anos	Filha (26); netos (7 e 4 anos)	400
P11	2 anos	Filho (32); nora (33); Agregado (67); netos (11 e 8 anos)	2000
P12	3 anos	Sozinha	Doações
P13	2 anos	Sozinha	Benefício do governo
P14	3 anos	Esposa (67)	1 salário mínimo
P15	2 anos e 6 meses	Filho (33) Casa vizinha: filha (33); filha (29); genro (28); Neto (5); neto (2 meses)	2 salários mínimos
P16	3 meses	Filha (22); neto (2)	240 reais
P17	2 anos	Sozinha	Doações
P18	3 anos	Sozinha Casa vizinha: filha; genro; ex-marido	Vale renda
P19	2 anos	Marido (69)	830 reais

Quando questionados sobre o número de moradores que residem na mesma casa, nove disseram morar sozinhos; dois com as esposas; dois com o marido; outra com o marido e o filho; outras quatro com uma filha e os netos, e outra com dois filhos e três netos. A religiosidade dos participantes esteve relacionada com morar sozinho, como pode ser verificado no seguinte relato:

Eu moro sozinha, eu e Deus. (P17 – F, 59 anos)

Invocar Deus, neste caso, pode demonstrar que, mesmo morando a sós, uma pessoa considera-se acompanhada. Esta situação pôde ser verificada em

outros momentos da entrevista. Podemos inferir, que morar sozinho não parece ser uma situação desejada pelos moradores, pois, os depoimentos dos participantes que afirmaram morar sozinho, geralmente, vieram acompanhados de justificativas sobre tal situação.

Em alguns casos, a situação de morar sozinha pode estar relacionada a dificuldades de relacionamentos familiares, como aparenta a fala da participante 13.

Sozinha. Eu morava com a minha criadinha, minha filha, minha neta, aí ela emburrou foi embora, aí fiquei sozinha. Só eu, sozinha. (P13 – F, 76 anos)

Isso pode ocorrer devido a dificuldades provenientes da diferença de faixa etária entre ambas. Pois, como afirma Peixoto e Luz (2007), mesmo a coabitação fazendo parte de uma solidariedade familiar, também propicia que essas relações se tornem mais densas e mais passíveis a tensões, o que pode acarretar rupturas intergeracionais.

Peixoto e Luz (2007) afirmam que a re-coabitação é mais frequente entre as mulheres de mais de 60 anos do que entre homens de mesma faixa etária. Assim, as mulheres, pelo sentimento da solidão, optam pela re-coabitação buscando apoio familiar. Já o grande número de viúvos que moram sozinhos pode estar relacionado ao fato de não quererem ser tolhidos em sua liberdade e independência e não quererem perder o respeito que conquistaram ao longo da vida. As mulheres de baixa renda são as que apresentam mais fatores negativos quando discutida a re-coabitação, pois muitas delas nunca trabalharam e, quando trabalharam, geralmente desenvolveram atividades de baixa remuneração, além disso, elas apresentam baixo nível de escolaridade e ficam viúvas mais cedo do que os homens.

No grupo que participou desta pesquisa, mesmo as mulheres que correspondem à faixa etária e poder aquisitivo descritos por Peixoto e Luz (2007), moram sozinhas. Isso pode ocorrer devido à possibilidade que essas idosas tiveram de participar de um projeto habitacional e realmente terem a opção de optar por morar a sós ou acompanhada.

A partir das respostas dos participantes, a pesquisadora realizou alguns questionamentos a fim de esclarecer determinadas colocações. A partir disso, outra

questão que aqui se apresenta importante ao discutir a moradia na terceira idade, é que uma pessoa com idade mais avançada pode ter dificuldades em morar sozinha, apresentando-se mais vulnerável em relação ao morar.

Pesquisadora: E o seu marido que você disse que cuida? Ele mora aqui?

Mora no terreno da minha filha, ao lado. Aí no fundo. No terreno da minha filha, mas eu que cozinho pra ele tá? (P18 – F, 55 anos)

Com a reduzida participação do Estado, cabem às famílias o suporte dos seus segmentos, pois é a família que se mobiliza mais diretamente para a solução dos problemas (PEIXOTO; LUZ, 2007).

No presente estudo, consideram-se as relações entre as pessoas, não importando se elas têm relações familiares ou não. Isso porque, como afirma Khoury e Gunther (2008), a alta densidade social em uma residência, não está relacionada a uma maior rede de apoio psicossocial, ou seja, ter ou não familiares não é o que faz com que uma pessoa tenha uma rede social de apoio. A existência e a qualidade dos laços de afeto estabelecidos com as pessoas propiciam a uma pessoa ter uma rede social de apoio. E isso pode ser um fator determinante em casos mais graves, quando o idoso não tem onde morar. Isso pode ser verificado na fala da participante 11, que acolheu um senhor de 67 em sua casa.

Tem o senhor de idade que mora entre nós também pru quê ele ficou fora da família, num teve... Então nós acolhemos ele. Mora com nós também [...]. (P11 – F, 63 anos)

Outros idosos, por sua vez, dividiam sua casa com filhos e netos. Como afirma Peixoto e Luz (2007), as causas mais apontadas para a re-coabitação entre gerações são o alto índice de desemprego, o divórcio, o baixo salário, a viuvez e os filhos que nunca saíram da casa de seus pais. Nesse cenário, a família se apresenta como um suporte central para as pessoas, assim problemas como desemprego e baixa remuneração não podem ser considerados problemas individuais uma vez que afeta toda a família.

Na pesquisa de Khoury e Gunther (2008), o controle primário, referente ao esforço de adaptar o ambiente às próprias necessidades, com recursos próprios, era menor naqueles idosos que habitavam ambientes com alta densidade social. Tais idosos, quando comparados com aqueles que habitavam residências com

menor densidade social, tinham menos amigos, saíam menos de casa, participavam menos de atividades que propiciassem uma maior integração social, etc. Essa situação leva os autores a comentarem que a alta densidade pode levar a uma maior dependência e inatividade do idoso. Os autores concluem que a baixa densidade social e o fato de ter um quarto só para si ou para o casal podem facilitar o controle primário de idosos. Isso ocorre na medida em que facilitam a realização de uma série de atividades em casa como decidir o que comer, a que assistir na TV, liberdade de receber amigos, etc. A alta densidade social somada à falta de controle sobre a forma como se vive pode ser um fator desfavorável ao envelhecimento saudável.

Considerando todas essas questões comentadas acima, seja em relação à autonomia, à dependência ou às escolhas dos idosos, uma estratégia vivenciada pelo grupo é a de ter os parentes próximos como vizinhos. Em vez de compartilhar a mesma casa, esses idosos conseguem ter apoio psicossocial e, ao mesmo tempo, ter um espaço para si, em que eles podem desenvolver seu controle em relação ao ambiente, seja ele primário, seja secundário. Mais uma vez aqui se destaca a relevância que um dado projeto habitacional pode representar na vida de pessoas que se encontram nessa faixa etária.

Em relação à renda familiar, três famílias vivem da ajuda dos outros. Uma família vive com dois salários, uma com 1000 reais (benefício, pensão e trabalho) e outra com 2000 reais. Outra família vive com o que a pessoa recebe fazendo diárias. Quatro famílias vivem de um salário de aposentadoria, outras duas vivem da aposentadoria mais a atividade, como “fazer biquinho” e ser diarista. Quatro famílias vivem de benefícios do governo como vale-renda que variam de R\$ 120 a R\$ 830 reais por família.

Quanto à renda familiar, a pesquisadora optou por considerar aquilo que os participantes falavam sem demais explicações, pois alguns participantes não souberam informar que benefício especificamente recebiam do governo, ou ainda a que se referia o recebimento de um determinado salário mínimo, se à pensão, à aposentadoria, etc. Para exemplificar tal situação e a necessidade de considerar as respostas dessa forma, apresenta-se abaixo o diálogo estabelecido com a participante 5, que não soube dizer a que era referente seu salário. Ora afirmava que era aposentadoria, ora pensão, e depois afirmou que não sabia o nome. Quanto

ao valor, a participante também se mostrou confusa, comentou inicialmente que eram sessenta reais; depois, um salário mínimo de trezentos e oitenta; em seguida, de trezentos e cinquenta; e finalizou dizendo que recebia um salário pequeno.

A pesquisadora, ao fim da questão sobre a renda, perguntou onde ela recebia o dinheiro e ela disse que recebia no banco. Quando a pesquisadora então perguntou de onde era proveniente o dinheiro que ela recebia, a participante então respondeu:

Mas, de certo, vêm lá do banco... de lá de cima né? Tem que ser de lá. (P13 – F, 76 anos)

O tempo de moradia dos participantes nas novas casas varia, entretanto, apresenta uma média, de um ano e cinco meses. Assim, as respostas foram: um participante mora há três meses; outro, há um ano; oito participantes moram há dois anos; três, há dois anos e meio, e seis, há três anos. O tempo de relação que pessoa tem com o lugar e o seu local de moradia, somado a outros fatores como sexo, idade, etc, interfere na forma de a pessoa vivenciar sua inerente interação com o ambiente (MOURÃO; CAVALCANTE, 2006).

Assim, as condições sócio-demográficas dos participantes, como a idade, a renda, a diferença de tempo de moradia entre as duas localidades, etc. são fatores que interferem na maneira que essas pessoas vivenciam o processo migratório.

5.2 O PROCESSO MIGRATÓRIO: DO ANTIGO AO NOVO LOCAL DE MORADIA

Nesse momento, foi analisado o processo migratório vivenciado pelos participantes, o que envolveu: o motivo de morarem à beira do córrego, que incluiu a vivência de outros processos migratórios; os relatos de como era o local em que viviam à beira do córrego; outros movimentos migratórios e a importância das redes sociais de apoio; o antigo local de moradia; motivos de não querer se mudar; e a mudança de local de moradia.

Na presente análise, considera-se, como descrito por Spink (1993), cada participante como sendo uma entidade social que representa um grupo, pois o particular passa a representar o universal historicamente contextualizado.

Singer (1980) critica o fato de a maioria dos referenciais teóricos que abordam as chamadas 'causas das migrações' se basearem em falas dos

migrantes. Para o autor, tais fatores não devem ser investigados dessa forma uma vez que se trata de um fenômeno social em que a unidade atuante é o grupo. Abordar esse assunto de maneira individual, por vezes, conduz a uma análise psicologizante em que os fatores macrossociais são reduzidos ou omitidos. A partir disso, o autor acredita que se apresentam respostas estereotipadas do fenômeno migratório.

No entanto, a teoria das Representações Sociais permite transpor tal entendimento, uma vez que considera que aquilo que uma dada pessoa comunica está permeado pelo conhecimento coletivo. Moscovici (2003) afirma que não existe interação humana sem RS. Dessa forma, por meio de comunicações individuais do sujeito coletivo, busca-se chegar às representações sociais de um dado grupo social em um determinado momento. Ou seja, a fala de cada participante da pesquisa representa a fala do grupo.

5.2.1 Motivo de viver a beira do córrego

A grande maioria dos participantes descreveu como motivo de morar à beira do córrego, o fato de não conseguirem pagar aluguel nem comprar uma casa em outra localidade. Perguntar aos participantes sobre os motivos de morarem à beira do córrego, para alguns moradores, aparentou ser até sem sentido, como se o próprio fato de morar ali, já respondesse a essa questão. Ou seja, trata-se de uma falta de opção e, sendo assim, o motivo seria o mesmo para todos os moradores. É como se, por um ato de vontade, ninguém morasse à beira do córrego.

É esse tipo de vivência que parece influenciar a construção de entendimentos de que algo pode se realizar por ele mesmo, sem influência da atividade da própria pessoa nesse processo. Afinal, não foram as escolhas pessoais que fizeram com que essa população fosse morar naquele lugar. Essa passividade diante das adversidades da vida vai sendo construída, por vivência como essas.

Uai? Pru que num tinha outro lugar! Arrumei lugar que eu, que eu arrumei foi aquele ali mesmo. Se tivesse outro lugar eu num, num tinha ficava ali né? Mas é, num tinha jeito né? Eu fiquei ali né? (P5 – M, 66 anos)

Essa postura diante dos acontecimentos da vida reflete-se na forma de se relacionar com diferentes realidades. No estudo das RS, Andrade (2000) comenta

que o sentido de uma dada RS depende muito mais da forma como seus conteúdos estão organizados do que propriamente de seus conteúdos. Assim, ao longo de outros questionamentos realizados durante a entrevista, pôde-se perceber como essa postura passiva perpassa outras temáticas como o processo saúde-doença e o processo de migração. Assim, a forma que novos conteúdos são organizados parece se associar a esse entendimento.

Iniciar a frase com “uai”, “ué” demonstra a surpresa de alguns participantes ao serem questionados sobre o motivo de morar naquela localidade. Esse processo de ocupação se assemelha ao que comentam Kran e Ferreira (2006) sobre a cidade de Palmas. Os autores afirmam que, paralelo ao crescimento comercial e residencial e a um planejamento de ocupação e extensão da cidade, ocorreu um aumento dos núcleos carentes que são empurrados para áreas de “habitação popular” ou áreas de ocupação irregular. Esse processo de ocupação da cidade, incluindo a moradia, reflete o padrão excludente de outras cidades brasileiras, incluindo Campo Grande, local em que se desenvolveu esta pesquisa.

O que a cidade de Campo Grande vivencia é um processo de urbanização excludente que faz com que a população mais carente busque formas alternativas como: invasões de prédios e terrenos, ligações clandestinas, etc. Diante desses processos, é que Kran e Ferreira (2006) alertam para a necessidade de agilidade e flexibilidade das políticas ambientais que parecem caminhar mais lentamente que a dinâmica da cidade. A omissão e a demora do poder público na resolução de problemas habitacionais possibilitam o risco da construção de favelas em áreas públicas que não contam com equipamentos públicos ou tratamento paisagístico.

Mesmo assim, é sabido que alguns estudos e segmentos sociais tratam tal vivência como se fosse uma escolha dos moradores. É nesse sentido que Genovis e Costa (2001) defendem que a população que habita a chamada “cidade irregular” não pode ser responsabilizada por essa situação, uma vez que ela não tem acesso ao mercado imobiliário formal, e essa alternativa se apresenta como uma forma de conseguir um abrigo.

A ocupação desordenada de fundos de vales, como comenta Silva (1985), propicia o surgimento de doenças como a esquistossomose e é a esse tipo de vulnerabilidade que tais moradores ficavam expostos ao morar em locais como o

que viviam à beira do córrego. Para morar nesse lugar, mesmo sendo uma falta de opção, as pessoas relataram que pagaram à prefeitura, ou a pessoas que já haviam pago à prefeitura, para poder utilizar aquele espaço. O que se comprava era o direito de uso, pois esse lugar havia sido cedido pelo município como verificado no relato que se segue:

[...] que eu morava na beira do córrego, me assentaram, mas foi assentado pela EMHA. (P 6 – M, 86 anos)

Porém alguns não sabiam que se tratava de uma terra de que as pessoas não poderiam tomar posse.

[...] E aí num davam escritura pra gente né? [...] (14 – F, 58 anos)

Esse processo parece ser um exemplo daquilo que Brito e Souza (2005) comentam, em que o capital imobiliário junto à supervisão do poder público propicia uma redistribuição espacial dos mais pobres, reafirmando as desigualdades sociais existentes no país. É, nesse mesmo sentido, que Kran e Ferreira (2006) afirmam que tal prática é legitimada pela legislação de ocupação e uso do solo urbano e pela especulação imobiliária.

Sabe é porque nós chegô de fora né? Nós morava é, num era aqui. Aí meu cunhado que comprou de outra, lá aquele pedaço, aquele lote né? Disse que era dele, né? E num era, era da prefeitura, né? Aí cedeu um pedaço pra gente morar né? O pai, meu sogro já morava lá né? A gente fez uma casinha perto dele pra cuidar dele também. Que ele já tinha uns setenta ano, né? Quando nós foi pra morar perto, com ele né? Perto dele né? É que falaram que o terreno era da prefeitura né? E num vendia, né? Mas num foi nós que entrou assim. Pra dizer que entrô sem saber, né? Entrou porque outros já tinham comprado o direito né? (P14 – F, 58 anos)

Ser percebida como uma pessoa que entra sem permissão em um local para morar parece gerar desconforto entre os moradores. O que aqui se destaca é que alguns moradores tinham uma permissão do Estado para morar naquele local e/ou por uma falta de opção foram morar ali. Pode-se inferir aqui sobre a necessidade desses moradores de não serem denominados de invasores, ou de qualquer outra nomenclatura similar, uma vez que ela pode denotar um caráter de irresponsabilidade do morador ou ainda considerar que tal população apresenta uma postura ativa em relação a conquista de território. O que ocorre nesses casos

expostos é um processo contrário em que, por falta de escolha e de um espaço próprio para morar, essa população acaba por ter que habitar em áreas ribeirinhas.

Tal processo apresenta grande importância na construção da identidade dessas pessoas, pois, segundo Corsini (2006), muito do que a pessoa compreende como parte de sua identidade se relaciona a forma que ela entende que é percebida pelo outro.

Essas pessoas, ao não aceitarem ser compreendidos da forma acima descrita, vivenciam o processo de mudança de linguagem descrita por Souza (1998). Para o autor, a rotulação de “invasores” acaba por desqualificar a condição de pessoa e limitam o direito de cidadania. Em sua pesquisa, o autor afirma que o sentimento de indignação da população com tal situação levou essas pessoas ao questionamento de serem realmente pessoas, por morarem em barracos. Esse fato está fortemente relacionado ao processo de migração, vivenciado pelo grupo que envolve dolorosas vivências. Esse entendimento se apresenta como uma nova forma de linguagem em que as pessoas que participaram do estudo de Souza (1998) passam a se denominar de ocupantes e não mais de invasores.

O grupo que participou da pesquisa realizada por Souza (1998) parece já ter se apropriado de uma nova linguagem para definir sua condição de morador. Em um primeiro momento, esses moradores aceitaram tal denominação e se perceberam por meio do olhar do outro. Posteriormente, com o sentimento de indignação e a análise de suas condições de vida, passaram a se perceber principalmente por meio de sua própria ótica, construindo uma forma própria de linguagem para se referirem a si mesmo, denominando-se de ocupantes e não mais de invasores como antes.

Na presente pesquisa, percebe-se um processo de mudança de RS sobre essa condição, pois não aceitar ser compreendido de uma forma diferente da de uma pessoa que tinha o direito de morar naquela localidade, ou ainda que foi morar à beira do córrego por uma falta de opção, já se apresenta como um processo de reelaboração da sua situação de moradia.

De acordo com Jodelet (2001), o compartilhar de uma mesma RS com outros ocorre ora de maneira convergente, em que se tem apoio, ora divergente, em que ocorrem conflitos. Primeiramente, os moradores aceitam tal denominação e depois passam a não mais aceitá-la. As representações sociais, segundo Jodelet

(2001), ao fazer parte do cotidiano das pessoas, ajudam-nas a identificar, interpretar, decidir e, por vezes, a se posicionar a respeito de diferentes aspectos da realidade. Nesse caso, ao se apropriarem de sua realidade, esses moradores já não aceitam mais a nomeação que outros grupos sociais lhe atribuem, porém não criam ainda sua própria linguagem. Isso revela que não ocorreu ainda o processo de ancoragem desse novo entendimento, pois para Moscovici (2003), esse é o processo pelo qual se nomeia e classificam os objetos e as ideias.

5.2.2 Outros movimentos migratórios e a importância das redes sociais de apoio

Durante as explicações sobre o motivo de morarem à beira do córrego, surgiram depoimentos sobre a vivência de outros movimentos migratórios por parte daqueles participantes.

O motivo? Ah foi que eu vim de fora, eu tinha vendido umas coisinha meu que eu tinha tido lá pra fora, aí tinha um barraquinho lá que tava vendendo, que eu, o dinheiro não dava para comprar casa mesmo de verdade, tinha um barraquinho lá e eu comprei esse barraquinho. Foi lá eu e meu filho. (P3 – F, 61 anos)

Nas últimas décadas, conforme Cunha (2005), diferentes formas de migração, que vão além das questões rural-urbanas, passam a ser consideradas, como as migrações internacionais, inter-regionais e intra-regionais, sazonais e pendulares, em razão de sua importância política, social e econômica no contexto nacional e internacional. Essa diversidade é verificada no grupo que participou desta pesquisa, pois os envolvidos apresentam uma grande diversidade de fluxos migratórios.

Essas vivências retratam o que Silva e Queiroz (2006) descrevem: que as pessoas de baixa renda ao serem atraídas pelos centros urbanos acabam por morar em locais em torno das metrópoles, que são áreas pouco valorizadas e com pouca infraestrutura urbana, por serem terrenos baratos e próximos ao local de trabalho.

Dessa forma, aos participantes foi solicitado comentar sobre o local onde nasceram. Apenas cinco participantes nasceram no estado do Mato Grosso do Sul como pode ser visto no quadro abaixo:

Quadro 1 – Local de nascimento dos participantes

Participantes	Onde nasceu
P1	Guairá- SP
P2	Catanduva-SP
P3	Aquidauana-MS
P4	Porto Murtinho – MS
P5	Estado de Minas Gerais
P6	Grotas-BA
P7	Estado do Rio Grande do Norte
P8	Poxoréu- MT
P9	Palmeira dos Índios- AL
P10	Rio Brilhante- MS
P11	Pocharel- MT
P12	Dourados- MS
P13	Bonito- MS
P14	Poxoréu- MT
P15	Porto Murtinho –MS
P16	Porto Murtinho- MS
P17	Sidrolândia- MS
P18	Barretos-SP
P19	Juazeiro-CE

Para Singer (1980), o que caracteriza uma área de origem não é o lugar de onde se vem ou onde o migrante nasceu, mas sim onde se deram as condições necessárias para que o processo de migração ocorra.

Sobre essas condições, é interessante estar atento ao que Carvalho e Martine (1977) comentam sobre a importância de ações políticas e administrativas governamentais, em que esses movimentos fazem parte de políticas regionais que visam ao desenvolvimento regional ou de uma política nacional que visa ao desenvolvimento regional. Nesse último caso, apesar de se priorizarem determinadas regiões do país, o que se busca é um desenvolvimento harmônico e integral desse movimento. Os autores, ainda, em 1977, discutem que no Brasil não

havia o segundo tipo de política e que as ações governamentais se assemelhavam à do primeiro tipo.

A diversidade de locais de áreas de origem da população que participou desta pesquisa, permite-nos inferir que não há ainda no país uma política de movimentos migratórios nacionais, nem mesmo regionais, o que faz com que surjam condições e necessidades de migrações em diferentes regiões do país. Ou seja, parece que não se pode delimitar a uma área geográfica do país para o que sugere Singer (1980), pois as condições para que o fenômeno da migração exista parecem estar presentes em diferentes regiões do país.

A falta de políticas de migrações nacionais faz com que as pessoas busquem suas próprias alternativas de mobilidade social. Esse fato reflete uma das maiores dificuldades de se trabalhar com os movimentos migratórios, pois, uma vez ocorrendo o fenômeno descrito acima, também ocorre outra dificuldade descrita por Carvalho e Martine (1977) em que a construção de tais políticas é dificultada pela consideração de que o desenvolvimento urbano é uma prática independente, que se utiliza de soluções particularizadas dos problemas urbanos. Esse é um entendimento insatisfatório quando considerados em dimensões mais amplas.

Uma vez não se tendo uma política maior de migração, soluções mais particularizadas são tomadas. Quando se considera que o processo migratório trata-se de escolhas pessoais, fica limitado o desenvolvimento de construção de políticas governamentais que tratem esse fenômeno como em dimensões mais amplas.

Olha, antes eu morava em Mato Grosso né? Aí meu filho veio e tinha esse terreno lá que era do meu cunhado, aí, meu cunhado vendeu para ele né? O direito né? [...] Então meu filho foi, passou a morar lá e tinha uma casinha de talhua aí meu esposo veio lá do Mato Grosso, fez assim uma meiada. Fez assim umas três peça né? Aí depois ele voltou para lá, aí os menino conseguiu comprar mais material, aí ele fez as outras peça. Fez um, completou a casa. Então nós morava lá assim, que era casa até de meus filho. Aí nós resolvemo vim lá de do Mato Grosso, eu meu esposo que meus três filho já estava aqui, aí nós viemo para cá. Assim, sem, mas com a ideia de voltar para lá. Mas aí depois meu esposo faleceu aqui aí eu fiquei junto com meus filho. (P8 – F, 56 anos)

Um tipo de estratégia que tais migrantes utilizam é a de uma rede social que envolve principalmente os parentes que já haviam migrado, que oferecem suas casas e apoio precário àqueles que acabam de chegar e apresentam incertezas quanto ao emprego (SILVA; QUEIROZ, 2006).

É a respeito desse tipo de vivência que Corsini (2006) comenta sobre a autonomia das migrações, em que são as pessoas, as redes familiares e afetivas que dão formas à migração, muito mais que os governos. Assim, infere-se que o nível de atuação do governo tanto no local de origem, quanto no local de chegada do migrante apresenta uma importante função no processo de migração. Parece que isso pode contribuir para que não ocorra, o que descreve Corsini (2006), como uma ideia central e de integração social que considera a discriminação, a exclusão e os estigmas como meros efeitos colaterais.

Os participantes revelaram a necessidade de estar participando de espaços que possam falar de suas vivências, entre elas o processo migratório. Isso pode ser verificado no depoimento a seguir que revela a ansiedade de se comentar sobre essa vivência.

[...] gostaria muito sabe de, que, a mudança começar da mudança, eu não sei se a gente vai chegar lá? (P16 -F, 54 anos)

Segundo Silva e Queiroz, (2006), o despreparo e a falta de estratégias de acolhimento dos órgãos públicos para receber migrantes, somados às dificuldades sociais e à valorização do biológico, acaba por desconsiderar os aspectos psicossociais e econômicos que interferem no processo saúde-doença associado à migração.

Como os participantes da pesquisa eram idosos, o acesso a atividades que propiciem convivência sociais, como o trabalho por exemplo, fica mais limitado, e dessa forma eles dispõem de tempo livre. Nesse caso, essa população apresenta uma maior necessidade de espaços de acolhimento. O grupo de idosos assim, apresenta-se como um espaço no qual, após o processo de mudança de moradia, os idosos possam comentar desse processo e de outras angústias relativas a sua vivência. Além disso, em atividades como essa, possibilita-se uma maior integração entre antigos e novos moradores.

A participação no grupo de idosos apresenta semelhanças com as vivências das pessoas participantes das atividades descritas por Cardoso (2002), que foram desenvolvidas por psicólogos no PSF, pois ambas as atividades consistem em propiciar um espaço de acolhimento para as pessoas, em que elas possam falar sobre suas dificuldades e serem ouvidas por pessoas desprovidas de preconceitos e interessadas em oferecer ajuda. Os participantes dos encontros

descritos por Cardoso (2002) puderam compreender aquela atividade como um espaço para falar de si e aprender com os outros, indo além do divertimento. Além disso, a partir das atividades desenvolvidas pelos psicólogos no PSF, os participantes dos encontros passaram a reconhecer a saúde como algo além da dimensão biológica, em que fatores emocionais passam a ser considerados como tendo influência na sua saúde. Na presente pesquisa, a partir da participação dos moradores no grupo de idosos, o entendimento do processo saúde-doença parece estar sendo ampliado. Os moradores relacionaram a participação no grupo de idosos à melhoria na sua saúde, como pode ser verificado nas falas seguintes:

Ah! Foi muito bom, até eu tinha uma depressão. Minha vida era chorar. Graças a Deus, depois que eu mudei para cá, que eu conheci o grupo de, de idosos daqui. A minha vida foi maravilhosa. Melhorou 10%. Nossa 100%, que 10 nada, 100%. Porque a minha vida era chorar. (P1 – F, 61 anos)

Solidão né.(risos) Eu tava vendo uma depressão aí menina, aí as menina, as amiga aí me convidaram, convidaram para eu vir para cá, aí eu melhorei. Distrai né? A gente. Fiz mais amizades. Tudo bem. Agora cabô aquela depressão que eu tinha né? Porque eu vivia... se eu via você chegando na porta, eu não queria nem vê. Entrava para dentro e fechava a porta. Não queria ver ninguém. É duro a soli... a depressão. Quanto mais sozinho você ficar, parece se sentir melhor, mas não é. Não é verdade não. Você vai deprimindo, não come, não bebe, não dorme. Aí vai indo. Agora graças a Deus vive! Melhorei bem. (P2 – F, 75 anos)

Nesse sentido, o grupo de idosos realizados pelo CRAS se apresenta como um lugar acolhedor e de grande importância para o bem-estar dos idosos que foram entrevistados. Os participantes comentaram também sobre a satisfação de ser assistida por uma equipe multiprofissional:

E do grupo dos idosos também foi muito bom, né? Muito divertido, né? Que sempre vem as pessoa, vem sistente social, vem doutora né? Dentista né? Psicóloga né? Muito bom né? Gostei muito né? Tem ginástica também já fiz lá né? De, tem o salão né? Da Pricila né? Que a Pricila é a professora de ginástica né? Muito boa né. A Carla também, a Sônia, todas. São boas pessoa né? E ocê também né? (risadas) (P14 – F, 58 anos)

Bom, agora eu tô me sentindo bem né? Agora mermo que eu tô aqui assentada. (risadas) Tô me sentindo bem porque tô aqui no divertimento né? Das muié, conversando. Uma conversa a outro dá risada. Aí mioro bastante né? Aí quando chega em casa já fico triste porque, fico só mais o véi, o véi num conversa com ninguém, quando conversa ele é meio estúpido né? Meio brabo, como diz conversa vai

brigando né? Já começa a brigar aí eu já fico meia triste né? (risadas) Mas, tá bom né? (P19 – F, 67 anos)

Outra participante comenta:

[...] o que eu tô me, achando mais importante é o, que eu tô aqui né? Nesse, nesse, como é? Projeto. Por causa que eu num saía de casa, só vivia dentro de casa.[...] Aí agora eu tô saindo, tô mió. Ficando até mais mió. Um pouco né? Só cuidando de, eu tenho bastante filho sabe? Que eu tenho dez. Mas só que moram, tem uns que mora tudo pertinho deu né? Mas nenhum pode cuidar d'eu né? É mai fácil eu cuidar deles que eles d'eu. (P19 – F, 67 anos)

Nem sempre ter mais filhos significa uma rede social de apoio, e o grupo de idosos pode se configurar como tal rede. Destaca-se a importância da disponibilidade desses espaços para que os idosos possam se sentir acolhidos tanto por profissionais quanto por outros idosos.

Pode-se aqui comentar um quarto momento da construção de uma rede de apoio. O primeiro momento de importância dessas redes é quando um idoso não tem onde morar e depende desse tipo de relação para ter um abrigo. O segundo foi quando as pessoas migraram para a cidade de Campo Grande, realizaram tal migração por meio de uma rede social de parentes. O terceiro momento é quando as pessoas têm que deixar a sua rede de contato mais próxima, que eram os laços de vizinhança no antigo local de moradia, como também foi comentado sobre a união dos vizinhos. E agora o quarto, que é ter a possibilidade de refazer essa rede com os novos vizinhos. O processo de conhecimento e diálogo com esses novos moradores é propiciado pela realização de atividades em grupo, o que favorece a criação de uma rede social de apoio a partir das amizades.

5.2.3 O antigo local de moradia

Os participantes, durante a entrevista, foram solicitados a comentar sobre seu antigo local de moradia. Tal localidade foi representada como um lugar sem nome e de difícil acesso, o que torna complicado delimitá-lo em um bairro. Tal lugar, por vezes, pode ser compreendido como sendo à margem da lei e da dignidade humana.

Era lá na beira do córrego. Sabe lá em baixo. Na beira do córrego. Lá que era. Na Saionara, parece que é Saionara. Num sei, é Saionara sim. (P13 – F, 76 anos)

[...] porque era só lá que tinha lugar para nós né? Que era o pessoal assim fora do coisa né? Então eu comprei lá e fiquei tudo ali de lado na beira do córrego né? (P4 – F, 65 anos)

Primeiramente é importante que se esteja atento ao que comenta Moser (2005), sobre o ambiente apresentar grande importância na identidade da pessoa, pois é o ambiente que situa a pessoa em vários aspectos de sua vida, sejam eles sociais, econômicos e culturais. Diante da importância de se garantir dignidade humana para todos é que Cohen et al. (2004) afirmam ser necessário que se apresentem requisitos mínimos de moradia que propiciem saúde e bem-estar.

Souza (1998), em sua pesquisa com ocupantes de terra, afirma que essas pessoas passam por diversas situações de preconceito e discriminação, pelo fato de não pertencerem ao modelo socialmente vigente, respaldado na lógica da posse em que pessoas que têm casa, emprego e roupas boas são aquelas aceitas na sociedade. E acrescenta que essa mesma sociedade não questiona o motivo de tal situação.

Mais ainda, é essa sociedade que não questiona tais motivos, que mais fortemente colabora e dá subsídios para a construção de RS desses moradores como pessoas que não devem ser aceitas na sociedade. Afinal, a RS que a sociedade tem desses moradores parece interferir na forma como eles se percebem, pois ao morarem à beira do córrego, elas se compreendem como pessoas que não fazem parte do sistema socialmente aceito. Aqui aparece o que comenta Jodelet (2001) que é quando uma dada RS atravessa as pessoas, por serem impostas pela ideologia dominante ou pela estrutura social.

Morar à beira do córrego os deixa expostos a diferentes riscos ambientais e torna o acesso a recursos e serviços mais difíceis.

Lá num, os problema maior mermo era da enchente. Quando era tempo de chuva. Aí, e também não tinha tanto curso né? Que aqui tá havendo mais oportunidade, curso para todos que se interessarem fazer né? Curso de tecelagem, de bordado, de culinárias, tá tendo vaga. E lá era mais difíci né? (P11 – F, 63 anos)

Evidencia-se aqui o comentário de Jacobi (2000) de que as diferenças territoriais provocam diferentes riscos ambientais. Os problemas vivenciados por

essa população se assemelham aos dos moradores da periferia de São Paulo, os quais estão expostos a riscos ambientais, tais como enchentes, córregos contaminados, presença de lixões e terrenos baldios (JACOBI, 2000). Paralelo a isso, as diferenças territoriais, além de provocarem diferentes riscos ambientais, propiciam uma diferença no acesso a determinados serviços.

Lá num tinha o que tem aqui agora. Lá não tinha. Não tinha nada dessas coisa de diversão. A gente era muito fechada né? A gente num tinha nada né? Agora não! Agora a gente tá tendo tudo aqui. (P16 – F, 54 anos)

Eu trabalhei muito e, trabalhei quase cinco ano em projeto né? De, de, fazendo comida pras criançada de lá. Que tava passando fome né? As criança tudo passando fome, comendo farinha moiada que eu fui filmada né? [...] E eu fazia comida, que as, a dona [...] levava pra mim fazer pras criança. E eu fazia. Tinha escolinha né? Das criança. Levaram banquinha, mesinha, tudo. E eu cuidei muito né? Quase cinco ano fazendo comida pra essas criançada. Lá da Saionara né? (P19 – F, 67 anos)

Essa realidade vai ao encontro do que comenta Souza e Zioni (2003). Os autores afirmam que as populações que moram nos arredores das metrópoles de países em desenvolvimento, em sua maioria é formada por pessoas que foram expulsas da zona central da cidade pelas suas desigualdades sociais e pelo desemprego. Assim, elas moram nas áreas mais críticas de condições ambientais. Nas periferias das cidades, as populações de baixo nível socioeconômico vivenciam diversas carências, como escassez de moradia, saneamento, saúde, lazer, etc.

A falta de acesso a esses bens e serviços, dentre estes os de saúde, gera mais isolamento social.

Ih, lá tinha pobrema de, é, eu não podia consultar, num era fácil pra mim consultar. Aqui é fácil, aqui eu tenho acompanhamento, médico. Lá num tinha. [...] (P17 – F, 59 anos)

[...] os pobrema é a água e num pudê saí, aí ficava tudo preso né? (P12 – F, 62 anos)

Nesse contexto, é necessário estar atento ao que Pinheiro et al. (2002) afirmam sobre fatores como sexo, idade e o fato de morar em zona rural ou urbana interferirem no acesso aos serviços de saúde e na forma de perceber o processo saúde-doença. Aqui pode ser acrescentado que, além de considerar se na área rural

ou urbana, identificar o local onde uma pessoa mora nessas áreas é de extrema relevância.

Pinheiro et al. (2002) comentam que, apesar de existirem barreiras no acesso aos serviços de saúde, devido ao grande número de atendimentos, parece que as barreiras de acesso são anteriores a esse momento e relacionadas à oferta de serviços. A esse fator acrescentam-se as dificuldades provenientes de condições físicas do ambiente em que as pessoas residem. O que aqui precisa ser destacado é que o cuidado com a saúde, relativo à ida até uma instituição de saúde, é apenas mais um serviço a que essas pessoas não têm acesso, principalmente, nos períodos de enchente, pois o acesso a outros serviços que interferem no cuidado com a saúde, como, por exemplo, poder ir a escola ou poder participar de atividades sociais, também fica diretamente afetado.

Dois fatores se associam diretamente na forma dessa população cuidar de sua saúde, a primeira são as condições de saúde propiciada pelo próprio ambiente em que vivem, e a outra é a dificuldade de acesso aos serviços que propiciam o cuidado com a mesma. O que se destaca como um elemento que colabora para o segundo fator é a falta de mobilidade comentada por Günther (2003), que torna as relações das pessoas com o mundo mais estáticas.

O maior problema de morar à beira do córrego, destacado pelos participantes era o da enchente.

Era na beira do córrego, quando enchia o córrego a água tomava conta de nossas casa. Era rato, cobra, tudo, e ia tudo pra dentro de casa. Era horrive, a água vinha pelo meio da casa. (P3 – F, 61 anos)

[...] a água entrava na porta da, da sala e saia na porta da cozinha. Lá era um brejo. [...]. Se nós num saísse de lá morria, morria afogado. Ou então derrubava a parede em cima de nós não? Tinha nem acabado de si a parede já caiu. Se nós tivesse lá tinha caído em cima. Meu pai do céu. Num quero mais lembrar daquilo lá mais não. (P5 – M, 66 anos)

Quando se trabalha com o conceito ampliado de saúde, há a compreensão de que isso se trata de um problema de saúde pública, uma vez que o objetivo final de um profissional de saúde é a promoção e a proteção do bem-estar da população.

Os países que estão em desenvolvimento apresentam um perfil epidemiológico comum pela coexistência de doenças típicas de países

desenvolvidos, como as doenças crônico-degenerativas, taxas de desnutrição e doenças infecciosas (SEBASTIANI, 2000). A persistência dessas últimas está fortemente relacionada às condições de habitação como as descritas pelos moradores participantes desta pesquisa.

Cohen (2004) comenta dessa relação entre a precariedade habitacional e a saúde das pessoas que habitam ambientes insalubres, e alerta para uma maior aproximação da comunidade científica com essa realidade e para a necessidade de aumentar a qualidade das políticas públicas de saúde. Para Cohen et al. (2004), apenas podem existir cidades e municípios saudáveis quando estes tiverem habitações saudáveis

Muitos participantes relataram morar dentro da água e dentro de um brejo, e comentaram sobre a presença de mosquitos e a alta umidade do local. Essas falas vinham seguidas de comentários como “[...] Era muito ruim”, “lá era ruim, né?” etc. Isso, representando a grande carga afetiva da representação social desse local para o grupo, pois, como afirma Jodelet (2001), a comunicação, que é um elemento fundamental da RS, apresenta aspectos emocionais que propiciam a liberação de sentimentos provenientes de crises e conflitos.

Alguns participantes se referiram principalmente à última enchente que ocorreu no local, antes do início do processo de migração para a área urbana:

Ah! Eu achei maravilhoso viu. Parece uma coisa prometido por Deus. Por que antes de nós mudar para cá, deu uma enchente que a água veio assim. A gente atravessava ali de barco. Os bombeiro, ajudando nós, para ajudar as pessoa tirar de lá com barco. Todos nós que morava ali naquela região, tando do lado de cá quanto do outro lado. Todo foi socorrido a barco. (P1 – F, 61 anos)

Depois que mudemos para cá, graças e Deus. Porque lá era bom, a gente morou lá dezoito anos, né. Agora a gente não vai falar né, porque o povo diz: “você tá falando porque morou lá dezoito ano lá”. E digo: “moremo sim, mas sempre que chovia alguém tinha que ficar cuidando, até o dia que deu essa última enchente, que levou tudo o que a gente tinha”. Que a mulher do prefeito com umas outras assistente social ficavam dando lá no outro dia e levando colchão. à noite a gente dormiu no colégio, eles fizeram comida e muita roupa, que arrumaram para nós. Porque nós ficou, todo mundo, as família, oitocentas e poucas família. Perdeu tudo. E graças ao prefeito e a esposa dele e as assistente social, não sei que tantas né. (P1 – F, 61 anos)

Sabe, gente, gostava de lá, só que era assim... uma baixada né? E aí as enchente, em casa nunca tinha entrado, mas o último ano que nós

mudou, entrou também na nossa casa, né? Então a gente ficou correndo o risco de, como fala? De vida, né? Porque na beira do rio, né? (P14 – F, 58 anos)

Lá problema era negócio da enchente só né? Porque você num... num ficava tranquila porque... quando, quando virava o tempo você não sabia se ocê dormia ou ficava cuidando o tempo, por causa da água, porque ocê, o córrego bem aí, você não sabia se ocê dormia ou ficava cuidando a água, a hora ia chegar na sua casa. E ainda bem que aquela vez que deu aquela enchente, deu de dia né, porque se fosse à noite nós ia morrer tudo afogado porque de... porque pegou todo mundo de surpresa, porque ninguém sabia. É só isso aí que, aí depois que nós, aí que teve essa casinha aí, porque o prefeito mudou nós para cá, aí melhorou tudinho graças a Deus! Até, até esse negócio de dança, de... da física, essas coisa nós não sabia na nossa vida. Agora, depois que mudemo aqui, graças a Deus melhorou tudinho para mim. Graças a Deus, porque minha vida tá no céu. Não sinto nada. Eu sinto só alegria, graças a Deus. (P4 – F, 65 anos)

[...] Se eu tivesse lá eu acho que ...eu ...bom, sei lá se eu num tivesse morrido afogado. (P5 – M, 66 anos)

Mesmo com a última enchente, algumas casas não foram inundadas. O fato de nunca ter entrado água em casa aumenta a resistência de se mudar e o sentimento de ser prejudicado com a mudança, o que dificulta a compreensão dos moradores que lá residiam de que tal área fosse imprópria para morar. Esta compreensão vai de encontro ao que Coêlho (2007) comenta que as pessoas, ao invés de fazerem uso de uma medida objetiva do perigo, baseiam-se em uma visão pessoal do risco. Ainda, segundo a autora, o entendimento de que uma determinada área é de risco depende de uma complexa interação entre a pessoa e o evento. Como pode ser verificado no relato a seguir:

Eu morava no Julho de Castilho. Uma área não de risco. Eu vim mesmo porque era pra vim porque a prefeitura ia ocupar o nosso lugar. Eu vivi vinte, dezoito ano lá. E vim pra cá e me prejudiquei muito, sou muito prejudicada. A minha casa era tão grande lá. Nunca entrou água. [...] (P16 – F, 54 anos)

Problema era só mesmo era, é, é lá num, porque minha casa eu aterrei, ficou muito arta. Chovia não entrava na minha casa. Nas outra casa entrava tudo na minha que era mais alta, ficou mais arta, por que assim, ele paralisô aí, que era um metro de artura e aí o córrego num enchia até em cima. Até minha casa nunca encheu. E o prefeito tirou todo mundo da beira do córrego por causa da enchente. Por causa de enchente. Depois que ele fez aqui o Jardim Aeroporto. Colocou nós, alguns acharam ruim, já vendeu. E eu no começo, eu achei ruim, porque não cabia nada, meu guarda-roupa que eu tinha

acabado de pagar num coube. Eu tive que desmanchar, depois fui ocupando as tábuas em outro lugar, entendeu? (P6 – M, 86 anos)

Ter que abandonar uma casa que nunca havia sido inundada torna o processo de desocupação ainda mais doloroso, pois dificulta a compreensão de que o local onde uma dada casa foi construída trata-se de uma área de risco. Por esse motivo, quando da remoção dessas populações, as equipes responsáveis pela realização da migração devem entender e considerar a compreensão dos participantes sobre o que seja uma área de risco e as relações afetivas que os moradores têm em relação a sua habitação.

De acordo com Coêlho (2007) ao se elaborar estratégias que incluam a questão do risco, deve-se considerar que juntamente aos resultados das análises técnicas sobre o risco, deve-se incluir a percepção subjetiva das pessoas envolvidas nesse processo. Assim, quando da necessidade de remanejamento de populações expostas a riscos, como é o caso da população que participou da presente pesquisa em relação às enchentes, é necessário compreender e considerar antes da realização do processo migratório a compreensão dos mesmos sobre o que é uma área de risco.

5.2.4 Motivos de não querer se mudar

Muitos participantes comentavam sobre aspectos positivos do seu antigo local de moradia, como os vizinhos, a casa espaçosa que tinham e um ambiente sossegado. Nessas falas, primeiramente, os participantes afirmavam que moravam na beira do córrego e continuavam sua fala com porém, entretanto... Esses foram os fatores que contribuíram para que alguns moradores não quisessem se mudar.

Sim. Lá nós morava era uma área assim que eles diz que era da área do da prefeitura. Era, é como é que fala? É comodado né? Então o prefeito queria expor isso pra... fez essa proposta pra gente mudar pra cá. É tanto que ninguém queria, nós não queria sair de lá né? Porque era um local assim, que os vizinho tudo unido, e era muito bom, era muita paz. Mas aí não foi possível a gente continuar lá, porque o rio encheu né? Aí invadiu todas nossas casas. Aí, nós perdemos bastante coisa assim de casa. Móveis né? Aí nós a viu que era para o bem nosso mudar de lá. Sair de lá. Mas lá era, era um local muito bom. Aí agora, graças a Deus, nós compreendemos que aqui é melhor para nós mesmo né? Como o prefeito queria que fosse, que nós saísse, o Nelsinho queria que nós saísse de lá, e nós

num tava de acordo saí. Mas agora a gente compreendeu que é o melhor, foi melhor pra todos nós. (P8 – F, 56 anos)

É que nós morava na beira do córrego né? Lá não tinha esgoto né? Mas eu com todo sofrimento que eu vivi. Que eu morava lá. Eu era feliz né? Porque eu moro aqui, tem tudo o conforto, mas as vizinhança né? A gente num se dá aqui com os vizinho né? Porque trocou os vizinho de lá, ficou outros estranho aqui. Só isso que tem a dizer. (P18 – F, 55 anos)

A importância que os laços de vizinhança apresentam na vida dos moradores é comentada por Mourão e Cavalcante (2006), que afirmam que a coesão entre os vizinhos foi o que contribuiu para a permanência da população na cidade Macunaíma após a chegada dos novos moradores. Os moradores originais afirmaram que, antes da mudança, a cidade mantinha fortes relações de vizinhança e amizade, e tal coesão era influenciada pelo relativo isolamento em que viviam.

A possibilidade de mudar suas relações de vizinhança contribuía muito para que as pessoas não quisessem mudar do local de moradia na beira do córrego. Paralelo a isso, quando o Estado, aqui representado no relato acima como sendo o prefeito, afirma que eles têm de se mudar parece não oferecer explicações compreensíveis para aquela população. As relações com os vizinhos junto aos outros aspectos positivos de tal localidade, muitas vezes se sobrepõem ao risco de uma enchente. Porém, quando a enchente passa de uma possibilidade para algo real e concreto, ou seja, quando ela ocorre de fato, há uma inversão de prioridades.

Ao que parece, o risco e a possibilidade de que algo ocorra é representado pelo grupo como menos real que aquilo que já ocorre, como ter vizinhos, amigos e uma casa espaçosa. Pode-se inferir que as metáforas behavioristas que definem que objetos inanimados são mais reais que pensamentos, parecem influenciar em tal representação, como descreve Moscovici (2003). Isso também se assemelha ao que Farr (2008) comenta sobre a política deste século, afirmando que ela é um exemplo de que uma boa teoria pode ser traduzida em prática. Ou seja, agir preventivamente baseado em algo que ainda pode ocorrer, como no caso a enchente, em detrimento aos ganhos propiciados pelo fato de ela ainda não ter ocorrido, como manter as relações de vizinhança e ter uma casa espaçosa, respalda-se em uma lógica da ciência moderna, que define a realidade em termos daquilo que pode ser visto e mensurado.

Nesse entendimento, destaca-se o conhecimento científico na construção das RS, pois, como afirma Jodelet (2001), elas se relacionam com pensamentos ideológicos e culturais, conhecimentos científicos, condição social das pessoas e suas experiências particulares e afetivas. Tal RS não parte de um vazio social, mas sim, como afirma Jodelet (2001), de uma forma de organizar diversos elementos, como valores, crenças, normas, etc. sob a aparência de um saber dirigido para o estado de realidade.

5.2.4.1 O processo de apropriação

Considerando o relato dos participantes, o tempo de investimento no antigo local de moradia dificulta a adaptação em uma casa que ainda não tinha nenhum investimento. Conforme Mourão e Cavalcante (2006), a apropriação corresponde ao caráter ativo da relação pessoa-ambiente. O processo de apropriação e pertencimento a um lugar contribui junto com as relações sociais e familiares para a formação da identidade da pessoa. Assim verifica-se que o tempo de moradia e interação com aquele local favoreceu o sentimento de apropriação dos moradores em relação ao seu antigo local de moradia.

Ele entrou lá com... levando pau de, de lenha, é tábuas véias, tudo que nós achava lá naquele. Comprou um gaio pra um véi lá e levou pra lá e errumou né? E fez uma taperinha lá. Da taperinha nós fizemos uma casa boa né? Depois, uma casa grande de material. (P 19 – F, 67 anos)

A partir da impossibilidade financeira de morar em outro local, as pessoas iam morar na beira do córrego e, quando tinham algum recurso financeiro, investiam na sua moradia. Depois de tanto investir materialmente e emocionalmente na casa, fica difícil deixá-la.

O fato de não trabalhar mais por causa da idade limita o processo de apropriação do novo local de moradia, pois isso traz sofrimento para os idosos que se mudaram por não poderem investir financeiramente na nova casa, já que havia investido anos de trabalho no seu antigo local de moradia.

[...] É, dezoito anos, porque antigamente eu trabalhava. Porque era nova né? E agora não posso trabalhar mais, tenho problema de coluna. E não posso mais fazer nada. E meu sentimento é isso né? Eu fico muito sentida até hoje. Dessa mudança. Apesar que o nosso

prefeito dá tudo para nós aqui no Jardim Aeroporto. Por isso participo aqui do Centro Comunitário, do grupo dos idosos, danço, festejo, mas num esqueço o passado porque fui prejudicada. (P16 – F, 54 anos)

Esse processo de investimento na antiga casa pode ser verificado no relato que se segue com o comentário de como o marido iniciou a construção da antiga casa:

É porque eu não tinha condição, tendeu? É, eu vivia num acomodato, entendeu? E a dezoito ano a gente pensou que ninguém ia tirar mais de lá a gente. Então a gente é, construiu, né? Quando a gente é nova a gente quer uma coisa melhor, né? Faz uma cozinha, é ... azuleja, azuleja. Porque é nova a gente trabalha, né? E ganha nosso dinheirinho. Então a gente vai construindo, construindo e de repente vai sair a mudança. Aí a gente vê aquelas coisa que a gente construiu lá né? Perder tudo. Então a gente fica muito triste. (P 16 – F, 54 anos)

A impossibilidade de investir na nova casa causa tristeza, o que aqui se destaca não é o fato de não poder investir na casa, mas principalmente de lamentar ter investido em outra casa que não seria mais sua.

Olha moça, não vou mentir, tá sendo corrida e não tô conseguindo mexer na casa. Porque tem que rebocar, fazer piso né? Que ela não é rebocada por dentro. Então é muita dificuldade pra mim. (P10 – F, 49 anos)

Pesquisadora: Há. E a que você morava antes era rebocada?

Era rebocada, era pintada. Só não era por fora, mas por dentro era bem cuidada minha casa lá do Sayonara. Então ficou difícil sabe? Eu separei do marido, tá com doze ano já. Então. (P10 – F, 49 anos)

Conforme Mourão e Cavalcante (2006), a apropriação corresponde ao caráter ativo da relação pessoa-ambiente. O processo de apropriação e pertencimento a um lugar contribui juntamente com as relações sociais e familiares, para a formação da identidade da pessoa. O tempo de moradia e interação com aquele local favoreceu o sentimento de apropriação dos moradores em relação ao seu antigo local de moradia.

O valor em que as casas foram avaliadas pela Prefeitura, segundo os participantes, variou conforme a condição econômica dos moradores e das benfeitorias da casa. Assim, se um morador da beira do córrego não tivesse renda suficiente para pagar a prestação da nova casa à prefeitura, esse morador já recebia a casa quitada. Já, quando o morador tinha condições de pagar a prefeitura, o valor da casa do córrego

era avaliado conforme suas benfeitorias, e esse valor era descontado do valor total da casa localizada na área urbana da região construída pela EMHA. Essa forma de avaliação para algumas pessoas pareceu injusta. Todos esses fatores parecem também ter colaborado para que alguns (cinco) moradores entrevistados não gostassem inicialmente da mudança. Porém posteriormente eles passaram a gostar. O principal motivo para esse fenômeno, segundo os participantes, refere-se ao tamanho da casa que tinham à beira do córrego, que era maior, e agora a residência atual é menor. Apenas duas participantes afirmaram não terem gostado da mudança, uma não quis comentar o motivo, e a outra comenta:

Bom, eu sinto muito porque eu gostava muito de lá sabe? Porque vinte ano não é vinte dia né? Mas pra mim tá bom, porque eu perdi minha casa. Minha casa era grande né? Era grandona, tudo no piso, tudo no azulejo. No, como é? Até os quintal era forrado né? E eu num saí ganhando nada porque só saiu sete mil pra nós e teve gente aí que não tinha casa, as casa num prestava e ganharam casa quitada né? Nós cuidava também de comodato lá. Há mais de vinte ano nós cuidava sabe? Um comodato lá no fundo que era de meus menino né? [...] (P 19 – F, 67 anos)

Outra participante respondeu:

É, eu tô me conformando com esse três ano que tô morando aqui no Jardim Aeroporto. É, tô me conformando, entendeu? Dá pra poder pagar meu, minha luz, minha água, né? E do grupo dos idoso ali a gente ganha sacolão e assim tô impurrando a vida né? Esse que meu.

Assim pode-se notar que, como afirma Cunha (2005), o fenômeno da migração deve ser compreendido dentro de múltiplas dimensões temporais e espaciais, pois, como pode ser verificado no relato anterior, as pessoas precisam de tempo para se adaptar em um novo lugar. Além disso, a presença de atividades realizadas pelo Estado que propiciem um acolhimento do novo morador àquela nova localidade, potencializa uma melhor adaptação da pessoa ao ambiente, como é destacada por Silva e Queiroz (2006).

Inicialmente, os moradores acharam a casa pequena, mas depois, quando puderam reformá-la e ampliá-la, passaram a gostar do novo local de moradia. Entre outros relatos, isso pode ser exemplificado no que se segue.

Eu achei muito bom né? No começo nós não gostamo, ficamo assim meio contrariada, porque nossa casa lá era uma casa grande, ampla né? Tinha muito espaço. E pra mudar de lá e vim para uma casinha

muito pequena, que as casinha era um nadinha né? Mas agora, graças a Deus já consegui ampliar mais minha casa, já fiz um, uma cozinha maior, uma varanda. Então agora aqui tá sendo melhor pra nós. (P8 – F, 56 anos)

Podemos inferir que, quando realiza uma reforma, o morador apresenta um sentimento de apropriação em relação ao seu local de moradia. Esse sentimento, de acordo com Mourão e Cavalcante (2006), é o que permite que uma pessoa se sinta pertencente e identificada com o entorno em que ambos passaram por transformações. A atividade realizada por uma pessoa em relação ao ambiente físico envolve, segundo os autores, dimensões cognitivas, materiais e emocionais.

O desejo junto com a impossibilidade de investir na nova casa levou a endividamento de alguns idosos:

Olha minha filha, graças a Deus, Deus tem abrido a porto mas é duro viu? Por quê? Eu murei tudo, porque eu fiz a varanda, eu fiz a cozinha, então eu tô devendo na empresa x, minha filha, até o pescoço. A minha maior, a maior ladroeira que tinha aqui é a empresa x. Eu digo para ela porque, porque, foi... foi... foi afiado por ela para mim fazer meu muro, comprar o cimento para fazer na frente, para fazer no funda a cozinha entende? (P6 – M, 86 anos)

Morar na casa do projeto habitacional trazia satisfação para os moradores não apenas por ter saído do córrego, mas também por terem saído de uma vivência de morar de aluguel durante anos, o que demonstra a construção histórica da relação pessoa-ambiente.

O que eu mais valorizo é a nossa vida e a vida do próximo, dos nossos familiares né? E o lar que a gente não precisa tá pagando aluguel né? Aí. Muito bom. (P11 – F, 63 anos)

Paralelo a isso, para alguns moradores a nova casa era maior que a anterior. Os relatos abaixo exemplificam essa questão.

Achei bom. Achei ótimo aqui, porque tem a casinha mais grandinha um pouquinho do que o que eu tinha lá, né? Lá era só um, uma, um cômodo só sabe? Só. (P13 – F, 76 anos)

Gostei muito. Muito mesmo. Lá num tinha nem banheiro. Aqui tem o meu banheiro, tem os quarto, tem minha cozinha. (P17 – F, 59 anos)

O tamanho da casa anterior interfere diretamente na RS dos moradores sobre o novo local de moradia. A possibilidade de poder investir em uma área

própria na qual se pode ter acesso a diferentes recursos, deu um novo significado ao investimento que é feito em uma casa que é localizada em uma área urbana, diferente ao feito em uma casa localizada às margens de um córrego.

[...] Na beira desse córrego. Eu comprei uma casinha depois e aumentei ela, tudo. Depois, mas a terra era da prefeitura, então nunca eu podia falar que é meu. Era minha só a bem feitoria. Aí foi o motivo que. (P7 – M, 67 anos)

Eu achei no começo, no início eu achei muito difícil, porque eu falei não é possível uma casa já que a gente comprou tava quitada a gente tinha investiu muito, né? Achei que ia ficar ótimo. Mas devido o tempo a gente viu que num tinha como fazer fossa nem nada,... aí também era área de prefeitura, num era uma área assim de... como é que eu quero dizer? De escritura né? Num tinha, já num tinha, só era direito. E aí eu achei melhor pru quê aqui é mais arejado, num tá correndo risco de enchente e também a gente já adaptou né? Então é muito bom. Gosto muito dos vizinho, os vizinho todos são bom para mim, né? Então tá ótimo. (P11 – F, 63 anos)

Verifica-se assim que a apropriação efetiva do antigo local de moradia pelos moradores era limitada. Com a casa própria construída em uma área urbana, uma nova possibilidade de desenvolver o sentimento de apropriação se apresenta, pois, mesmo diante das dificuldades financeiras, os moradores, quando conseguem investir na nova casa, compreendem que ela pode ser sua por um tempo indeterminado.

Considerando-se essa análise, destaca-se a relação do processo de apropriação de um lugar e a migração. A migração poderia ser compreendida como um processo que limita o sentimento de apropriação em relação ao lugar por interferir no tempo que a pessoa estabelece com uma determinada localidade. Porém, como pode ser verificado acima, não é apenas o fator do tempo que possibilita tal sentimento de apropriação, mas também as formas e possibilidades que a pessoa tem de investir material e emocionalmente em sua casa. Dessa forma, um processo migratório, que seja percebido como benéfico, como foi o caso ocorrido com essa população, pode propiciar um sentimento de apropriação mais amplo.

5.2.5 A mudança de local de moradia

A maioria dos participantes, 14 no total, afirmou ter gostado da mudança de local de moradia e a esse comentário seguiam colocações do tipo “graças a Deus” “uma glória de Deus”.

Os que gostaram parecem se apoiar na lógica descrita pelos moradores do conjunto da pesquisa realizada por Mourão e Cavalcante (2006), em que o enraizamento por meio da casa própria que adquiriram naquela cidade era o fator mais determinante para a satisfação de morar naquela localidade, mesmo sem ter inicialmente estrutura de saúde e educação.

A importância da casa própria para os moradores parece ser similar à descrita por Mourão e Cavalcante (2006); porém, além da casa, os moradores que participaram desta pesquisa puderam contar com melhor acesso a serviços sociais, de saúde, entre outros, como pode ser verificado nos comentários sobre a vida no novo local. Assim, diferentes dimensões do morar foram citadas.

Depois que eu mudei para cá mudou a minha vida, porque aqui tudo as coisa são bom para a gente, eu nunca tinha entrado em um negócio de grupo, nada para nós. Nós não tinha nada dessas coisas. Agora depois que nós mudemo aqui é que nós temo tudo isso aí. Graças a Deus que estamo bem. (P4 – F, 65 anos)

Morar em uma área urbana, que conta com a presença de equipamentos e infraestrutura, e juntamente a conquista do quinto espaço comentado por Günther (2003), a mobilidade, possibilita que esses moradores iniciem um processo de inserção social. Assim, a participação em atividades realizadas pelo CRAS, pelo centro comunitário, e o acesso à igreja e ao colégio foram citados como pontos positivos de morar naquele lugar.

A minha vida, eu como já te falei é, tô levando assim, me divertindo entendeu? Me divertindo pra não ficar doente né? Das coisa do passado. Então eu me preocupo de ocupar minha mente, minha vida. Graças a grupo dos idoso. (P16 – F, 54 anos)

Melhorou em saúde. Melhorou em passeio, em divertimento. Tudo melhorou. Que eu mudei pra cá. (P17– F, 59 anos)

É boa. Eu não tenho o que reclamar não. É que aqui tem lazer, têm o colégio que eu estudo. Tem o que eu participo do, da reunião dos idoso, né? Eu sou feliz aqui num tem o que reclamar não. (P18– F, 55 anos)

P3: maravilha. Uma maravilha porque aqui eu participo das reunião dos idoso, eu venho na ginástica né? É uma maravilha. Esse CRAS aqui é uma maravilha. É uma benção.

É a partir dessa maior inserção social, por meio da participação em atividades como essas e melhor acesso a esses serviços, que se podem utilizar os conceitos propostos por Cohen et al. (2007) quando discute a intercessão entre o Movimento de Promoção da Saúde e Habitação Saudável. O primeiro é o de habitabilidade, que compreende a habitação em um sentido amplo e sistêmico que inclui a oferta e o acesso da população aos equipamentos e infraestruturas públicas, bem como o sentido de pertencer, usufruir e ter direito à cidade. Por meio da posse da casa e da infraestrutura do novo local de moradia, o conceito de habitabilidade passa a estar presente na vida desses moradores.

Outro conceito discutido Cohen et al. (2007), que, a partir desse momento na vida desses moradores, pode-se comentar é o de ambiência, que se refere ao conforto em termos de adequação sociocultural e de adequação ambiental. Aqui se prioriza o entendimento amplo e positivo da saúde. As enchentes e as doenças que vinham da água e dos animais ali despejados, citados pelo grupo como problemas do antigo local de moradia, passam a não estar mais presentes no local atual. É nesse sentido que se pode comentar sobre uma melhor adequação ambiental. Já a adequação sociocultural é propiciada por atividades em que os moradores participam juntos.

[...] Que a senhora vê aqui, quanto eu corri da água, tô livre da água. Tô encostado pelo... ganhando, como dizer... pra mi é bem né? Que é, pro que eu ganho. Dá pra mó de eu se alimentar tranquilo. O posto aqui pertinho, vô buscando remédio tranquilo. E lá tudo era, tudo era mais difícil pra mim. Tudo, tudo, tudo. Aqui não, aqui já diferenciou tudo. Aqui tudo é mais fácil pra mim. (P5 – M, 66 anos)

Agora me sinto, me sinto na grória, graças a Deus. Por causa que minha saúde agora ficou parecendo mais, mais, mais bem por causa que vou te falar, antigamente nós não tinha nada que nós fazer né? Agora a gente não. Agora a gente tem acupação pra fazer. Toda as coisa que sai curso nós já tamo dentro do curso. Faz aqui, faz as coisa aqui, vai lá, ajuda lá e, e assim vai indo. (P4 – F, 65 anos)

O processo de construção de uma identidade cívica, que requer a presença de direitos e deveres dos cidadãos, traz satisfação para a vida desses

moradores não apenas por dispor de direitos, mas por também poder cumprir com seus deveres de cidadão. Os relatos abaixo apresentam tal descrição.

Sempre melhora, tranquila, graças a Deus né? Que tá tudo bem que a gente tá cuidando direitinho com os dovere, as obrigação. Tá tudo ok. Muito bom. (P11 – F, 63 anos)

[...] Meus menino que cuidava. Foi comprado. Num, dum parente lá, aí nós fiquemo cuidando. Aí só saiu sete e pouco pra nós né? Dessa casa lá. E eu pago. Graças a Deus eu tô pagando todo mês né? Pagando o, o aluguelzinho, como é? O negócio, trinta e pouco lá que nós paga, vinte e cinco, eu e ele paga. (P 19 – F, 67 anos)

Ou seja, quando essas pessoas passam a ter a casa própria, inserida em uma área urbana legalizada, e quando elas se apropriam desse espaço físico, há possibilidade de uma maior inserção nas relações interpessoais existentes na sociedade. O acesso a certos direitos, como ter uma moradia digna, parece favorecer o cumprimento de suas obrigações, ampliando o sentimento de pertencimento à sociedade maior. Percebe-se assim que o ambiente físico não pode ser dissociado das relações sociais. E a habitação, além de envolver o elemento físico da moradia e a qualidade ambiental do espaço construído, envolve o seu entorno e suas inter-relações (COHEN et al., 2004).

5.3 COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE- DOENÇA

O processo saúde-doença foi discutido de acordo com a teoria das Representações Sociais. Assim primeiramente comenta-se sobre a RS de saúde e a RS de doença. Além disso, comenta-se sobre a quem os participantes consideram responsáveis pela saúde da população e como eles se sentiam no momento em que foi realizada a presente pesquisa.

5.3.1 Representações sociais de saúde

A saúde foi considerada como um bem muito valorizado pelos participantes. A saúde esteve relacionada com a possibilidade de realizar certas atividades como correr, pular corda, trabalhar e poder passear. Essa representação social da saúde por idosos vai ao encontro dos resultados encontrados por Teixeira, Schulz e Camargo (2002), que, ao entrevistar idosos, cuidadores e profissionais da

saúde, encontraram, como elementos estáveis da representação social do idoso saudável, sua autonomia e independência.

Ah eu vou te dizer viu. Ai, nem sei dizer para mim é tudo de bom. Que nem eu tenho problema no joelho, quando eu não tinha esse problema no joelho, eu corria, eu pulava até corda. Agora tem que andar divagarzinho e cuidando para não cair. E quando eu não tinha esse problema, eu, mas isso foi devido eu ter quebrado a perna e machucado o joelho né. Aí sarô a quebradura da perna mas não o joelho. Então quer dizer que se eu tivesse uma boa saúde, eu não ia ter esse problema no joelho. Então é isso aí. (P1 – F, 61 anos)

A representação social de saúde para os participantes também foi: ser saudável; bem-estar; bem que Deus deu para todos; viver em paz com todos e consigo; dormir e comer bem e poder ter acesso a serviço de saúde.

O que é saúde pra mim? Ah! Saúde pra mim é viver bem. É a gente viver bem, com paz com todo mundo. E, eu acho assim. (P9 – F, 65 anos)

Saúde? A saúde, a saúde pra mim, pra nós tá bom aqui né? Porque fica doente vai lá pro posto, se não vem aqui. Pra mim tá bom aqui também pru causa da saúde. (P12 – F, 62 anos)

Tais descrições de saúde estão relacionadas à vivência do antigo local de moradia onde, por conta do temor das enchentes, os moradores não podiam usufruir de um sono tranquilo e ter fácil acesso aos serviços de saúde.

Sciliar (2002) comenta sobre uma parte da definição de saúde da OMS que descreve que ela não se refere apenas à ausência de enfermidade, afirmando que ela se refere, provavelmente, a um entendimento anterior da população a respeito do que é saúde. Porém, tal compreensão ainda está presente atualmente nos relatos da população que participou da presente pesquisa.

A representação social de saúde para participantes também foi a ausência de sintomas no âmbito geral ou em um âmbito mais específico, como não sentir certos sintomas como dores e “abafamentos”.

Pra mim que é num senti nada, né não? (P14 – F, 58 anos)

Saúde? Saúde é, é primeiro lugar né? A saúde da gente como nós tamo com idade tem que cuidar da nossa saúde né? Porque eu vou te falar viu. Graças a Deus até hoje eu num... eu tô com 65 e num sinto nada não. (P4 – F, 65 anos)

Coelho e Filho (2002) comentam sobre a influência da indústria farmacêutica e de certa cultura da doença na definição de saúde como a ausência de doença. Tais influências não estão presentes apenas no campo epistemológico, mas também no cotidiano das pessoas.

Isso pode ter contribuído para que todos os participantes da pesquisa respondessem que se sentiam bem naquele momento, mas por motivos diferentes, como: poder participar do grupo de idosos; ter acesso a medicamentos, e possibilidade de ir até o local de saúde; porque Deus entrou em sua vida; porque pode contar com um sistema gratuito de saúde o SUS, pois não teria condições de pagar o privado; viver em um lugar que ninguém a perturba; tomar a medicação correta para a sua pressão alta por participar da entrevista; por ter mudado de casa, de vida, por ter mais conforto e comer e dormir melhor, etc.

A respeito de como se sentia no momento uma participante comenta:

Agora eu me sinto realizada. Tô me curando, graças a Deus. (P15 – F, 57 anos)

Pesquisadora: Licença. Quando a senhora fala assim, que tá curada, a que doença a senhora está se referindo? Porque você falou anteriormente, antes de a gente estar gravando. Então, assim, se a senhora puder falar.

É porque eu tava, tô tratando de câncer né? Então, graças a Deus eu sarei. Sarei assim, porque acho que já não tenho mais aquele pobrema sério sabe? Mas tô tratando ainda, entende? E, oia, é isso aí, minha felicidade é essa, sabe? (P15 – F, 57 anos)

Esse é um exemplo de dificuldade de se considerar a saúde como a ausência de sintoma, pois nesse caso não fica claro se a participante realmente se curou do câncer ou se ele está apenas em uma fase assintomática. Essa dificuldade está relacionada ao entendimento da saúde como ausência de doença o que, de acordo Júnior, Souza e Brochier (2004), indica uma compreensão imediatista da saúde, que pode dificultar que a população adote comportamentos preventivos.

Segundo Pessini e Barchifontaine (2002), as pessoas acabam por tomar consciência da saúde por meio da vivência da doença. Por isso, a saúde, por vezes, é definida de modo negativo, como a ausência de doenças, silêncio dos órgãos, etc.

Ah! dona, esse negócio quê.. que é saúde? Eu sabia o quê que era saúde, agora eu num tô sabendo que que é mais não! Que é, comia

de qualquer coisa e em qualquer serviço eu trabalhava e num tinha, como é que é que fala? Num tinha receio não. Podia ir no sol quente, na chuva, de qualquer jeito. Na nubrina, é frio, podia ir. Era, é a mesma pessoa né? E agora não. Tem que correr do frio. Tem que correr do sol, a chuva de mais também eu num posso pegar. Assim. (P5 – M, 66 anos)

A dimensão temporal da saúde aparece aqui. Esse estranhamente provocado pela questão de ser uma mesma pessoa que ao longo da vida vai modificando certas características pode estar relacionado ao entendimento da identidade como algo estático. Muitos participantes, ao compreender a velhice como uma fase em que se precisa de cuidados com a saúde, parecem compartilhar a RS de que idosos precisam cuidar da saúde, e os jovens não.

Tal entendimento gera dificuldades para que, durante a juventude, as pessoas cuidem de sua saúde, pois, ao separar o que é ser uma pessoa idosa de uma pessoa jovem, não possibilita que esta cuide de sua saúde nas diferentes fases de sua vida. Entender a identidade como algo estático, e não como um processo, colabora para que as pessoas não cuidem da sua saúde enquanto jovens, para que tenham conseqüentemente uma velhice mais saudável. Compreender a identidade como descrita por Corsini (2006) que a define como um conjunto de possibilidades, que é aberta e dinâmica, pode colaborar para o entendimento de envelhecimento e sua relação com o processo saúde-doença.

A RS do processo saúde-doença está fortemente relacionada à idade dos participantes dessa pesquisa. Essa relação também pode ser verificada na pesquisa realizada por Cromack, Bursztyn e Tura (2009), em que o conteúdo periférico da representação social de saúde eram similares entre dois grupos diferentes de adolescentes, pois ambos apresentavam os elementos corpo e sexo. Tal fato representa o momento vivenciado pelo adolescente que inicia sua vida sexual. Percebe-se que os cuidados com a saúde também ocorrem em processo.

Além disso, longe de ser um objeto estático, de acordo com Medeiros; Bernardes e Guareschi (2005), a saúde é um processo que está em constante movimento e que produz outros movimentos.

Já em outras representações de saúde, o que foi destacado foram os cuidados que se deve ter para se manter saudável. Assim os participantes se referiram aos cuidados com a saúde como: meio ambiente; limpeza e saneamento;

lugar limpo pra evitar a dengue; arejar a casa; ter cuidado com a alimentação; não ingerir bebida alcoólica; fazer ginástica; fazer caminhada.

Saúde? É a pessoa manter a matéria confortada e fora dos perigo. Num bebê, num bebê, num fazer coisa errada, mantê a saúde normal. Mas sim. Se não fizer assim aí adoce né? (P7 – M, 67 anos)

Aqui se destaca o entendimento de que, segundo Stroebe e Stroebe (1995), a maior expectativa de vida da população não ocorre apenas pelo avanço das ciências médicas a respeito do processo saúde-doença, mas também ocorre pelas mudanças no estilo de vida, das condições sanitárias e nutricionais que as populações vivenciam nas últimas décadas (STROEBE; STROEBE, 1995).

Stroebe e Stroebe (1995) comentam sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis não apenas para a longevidade, mas também, e principalmente, para a extensão da vida ativa das pessoas. Assim, os autores sugerem a utilização do termo morbidade, ao invés de mortalidade, pois é a primeira que torna mais compensadora a adoção de hábitos saudáveis.

O estilo de vida e as condições nutricionais da população devem ser analisados conforme a possibilidade das pessoas realizarem e manterem hábitos saudáveis. Como pode ser verificado nos relatos dos participantes, a relação entre saúde e alimentação pode ser analisada sobre três diferentes possibilidades: a primeira refere ao comer bem, que é comer de tudo e do que gosta; a segunda é evitar alimentos que façam mal, o que estaria relacionado aos cuidados com a saúde, exemplo bebidas alcoólicas, e nesse eixo ainda estão incluídos aquelas alimentos vencidos ou estragados. O terceiro eixo da alimentação, refere-se à alimentação no sentido de ter o que comer.

[...]E pra a gente ter essa saúde, gente necessitava assim de um alimento mais saudável né? (P8 – F, 56 anos)

P11: Saúde é a gente evitar comer muitas coisas estragada. Evitar as coisa vencida e gente procurar ter uma alimentação mais adequada, né? (P11 – F, 63 anos)

Sobre os desafios atuais da saúde pública, Scliar (2002) comenta sobre as doenças já controladas que tornam a surgir, sobre o surgimento de doenças que

não apresentam tratamento adequado, riscos ocupacionais, doenças decorrentes do “estilo de vida” como alto índice de sedentarismo e dieta inadequada, entre outros.

Ao considerar a dieta inadequada, deve-se relacioná-la com o que afirmam Coelho e Filho (2002). Esses autores afirmam que os padrões de saúde e doença variam de acordo com as diferentes sociedades como também de acordo com a subcultura e o padrão socioeconômico da pessoa que os concebe. Assim uma pessoa que pode escolher o alimento mais saudável para sua alimentação, difere em seus cuidados com a saúde daqueles de uma pessoa que considera que saúde é ter o que comer.

5.3.2 Representações sociais de doença

Quando os participantes foram solicitados a refletirem sobre o que seria a doença, inicialmente muitos afirmam que era algo muito triste e que não queriam nem comentar ou não sabiam explicar o que seria a doença, revelando o conteúdo emocional de tal assunto.

Ai, Deus o livre. Doença é uma tristeza viu. É uuuuum, ai eu nem sei como te dizer. É o fim da picada a pessoa doente! porque você olha num lugar assim, e diz queria fazer tal coisa, mas você não têm coragem. Ai queria fazer aquilo, não pode. Ai eu queria comer alguma coisa, ah mas como é que eu vou comer se eu tô com essa dor? Então é triste demais, viu, uma pessoa doente. Muito triste memo. Porque meu marido tem diabete e eu vejo, o que eu fico cuidando ele para ele não está exagerando nas comida. É triste, e saber que é uma pessoa que gostava de comer sempre tudo do bom e do mió. Agora tem que comer folha. Né, aí não é fácil. Não é fácil não. Doença é uma tristeza. (P1 – F, 61 anos)

O estar doente foi relacionado a sentir uma dor, a impossibilidade física, que limita a capacidade de trabalhar, e participar das atividades e até mesmo ficar sem se mover. Muitos, por não se encontrarem nesse estado, naquele momento, afirmavam que não tinham doenças.

Pra mim num tem doença nenhuma. Eu não, num sinto nada né?
Num tem doença nenhuma. (P12 – F, 62 anos)

Considerando a doença dentro dessa mesma lógica de explicá-la a partir do que vivenciam atualmente é que outros participantes definiram doença como sendo a presença de patologias específicas ou sintomas como pressão alta;

pneumonia, dor de cabeça, diabetes, não conseguir dormir, cansaço, indisposição, problemas relacionados às vivências particulares de cada um. Isso gera, segundo os participantes, uma falta de perspectiva futura.

A doença é um órgão muito ruim que a pessoa perde tudo. Todo o futuro da vida. Né? (P7 – M, 67 anos)

Esse entendimento sobre a doença se assemelha à descrição do modelo biomédico, que, segundo Matta e Camargo Jr (2007), limita o processo saúde/doença a descrições anátomo-fisiológicas, descrevendo tal processo a partir das Ciências Biológicas, que destaca os aspectos anátomo-patológicos e microbiológicos.

Diferentes aspectos psicológicos foram citados pelos participantes como parte do processo de adoecimento, tais como ficar nervoso; se magoar com ofensas ditas por outras pessoas; em estado de nervos; atribulações do cotidiano; ter desgostos; não participar de atividades como o grupo de idosos; etc. Além disso, tais aspectos também foram lembrados como forma de se proteger contra possíveis doenças como: a capacidade de não se entregar a uma doença, não se acomodar, etc.

Ah doença é um negócio que a gente, acho que agente põe na cabeça tumbém né? Muitos é né? Pobrema assim. Porque é igual a nervoso né? Você num tem nervoso? Você num sente um nervoso? Cê sai, ocê melhora né? Um pouco. Distrai né? Mais um pouco? Pois pra mim é mesmo assim. Essas coisa assim né? Porque as veze eu tô dentro de casa, tô com aquele estado de nervo, tem hora que me dá de chorar, outra hora me dá vontade de, de brigar né? Eu saio desaparece né? Aquilo lá. As veze eu venho pra cá mermo aí fico mais meió um pouco. (risadas) (P19 – F, 67 anos)

Porque a doença, a pessoa doente não tem gosto para nada né? Assim. Agora quando a pessoa tem saúde, cê anda, cê brinca. Eu tenho pobrema, mas não me entrego dizendo sou doente. Eu tenho pobrema, todo mundo tem né? Mas se a gente for se entregar fica pior. A gente tem que fazer de tudo para se sentir bem, é o que eu tô fazendo. (P2 – F, 75 anos)

Ah doença é a pessoa viver tribulado né? Viver com, com a cabeça quente né? Num participar das, da ginástica, das, das, de tá convivendo entre os idoso né? Ali acho que se a pessoa ficar dentro de casa sem participar dessas coisa, trás é depressão né? Isso é que eu acho que é doença né? (P18 – F, 55 anos)

Essas falas se assemelham às de outros idosos que participaram da pesquisa de Teixeira, Schulze e Camargo (2002), os quais estudaram a representação social da saúde na terceira idade. A categoria de respostas que mais se destacou entre os idosos refere-se ao entendimento do idoso saudável como sendo devido a fatores psicológicos, comentados por idosos que, no momento daquela pesquisa, estavam doentes. Os autores inferem que se trata de expectativas relacionadas a necessidades próprias desses idosos, pois tais conteúdos representacionais podem estar refletindo a necessidade de estarem em equilíbrio emocional consigo mesmo, independente da doença que tenham. Na presente pesquisa, os idosos não estavam necessariamente doentes, e referiram-se a essas mesmas necessidades o que revela a importância do equilíbrio emocional para o bem-estar dos idosos. O que aqui parece ser privilegiado é uma postura ativa diante das dificuldades da vida e, dentre elas, uma doença específica. Além disso, como afirmam Teixeira, Schulze e Camargo (2002), essa representação da saúde indica que os idosos das duas pesquisas não definem saúde apenas pela ausência de doença física.

É nesse sentido que a definição da OMS, apesar de importante na época de sua criação, nos dias atuais está ultrapassada porque faz uma distinção entre físico, mental e social. Pois essas categorias não podem ser consideradas separadamente, uma vez que elas interagem (SEGRE; FERRAZ, 1997). Esse grupo por sua vez parece, a partir de suas vivências, estar superando a dissociação entre o físico e o mental. Porém, a consideração da dimensão social ainda é muito limitada.

Aqui parece estar presente uma representação da doença com características da segunda vertente descrita por Matta e Camargo (2007), de que é a Medicina Psicossomática ou Psicologia Médica que, ao tentar superar o reducionismo biológico, atribuía a etiologia das doenças físicas a causas psicológicas, enfocando a relação entre mente e corpo. Nesse momento, apesar de haver um avanço na forma de abordar o processo saúde-doença, há ainda um reducionismo por não considerar as relações sociais, políticas, culturais e institucionais.

De acordo com o entendimento do processo saúde-doença dos idosos, existe uma relação entre mente e corpo, porém não são consideradas as relações sociais, políticas, etc. inseridas nesse contexto.

Paralelo a isso, muitas vezes os comentários vinham carregados de um sentimento de falta de controle sobre o processo de adoecer. Isso aparece em comentários que afirmam “quando vêm, vêm” ou em comentários como os descritos a seguir.

Doença é uma, vamo supor assim, é uma, uma, desculpe lhe falar mas é assim uma peste né? Que vem assim, não sei se vem pelo ar, se você já adquire, vai adquirir aquilo, mas é, aparece em você uma coisa, que você nunca teve quando ocê era normal, você trabalhava bem, com saúde, de repente aparece em você uma coisa, um pobrema. E a doença é isso sabe? Ela mata, maltrata, machuca muito a pessoa. (P15 – F, 57 anos)

Doença para mim... eu não sei por que, eu nunca tive doente na minha vida né minha fia? Graças a Deus. Agora que me deu esses dia essa roquidão, não sei por que. De repente né? Mas não sô, doença nenhuma eu não sei não. (P4 – F, 65 anos)

Esse entendimento da doença com o algo que ocorre ao acaso pode dificultar o envolvimento da pessoa no cuidado com sua saúde, assim como limitar o processo de reivindicações por melhores condições de vida que favoreçam a saúde.

5.3.3 Responsável pela saúde

Quando os idosos foram questionados sobre quem eles consideravam o responsável por sua saúde, sete respostas surgiram: quatro participantes responderam que era a própria pessoa; dois, o médico; três, Deus; um não soube responder; dois afirmaram ser a pessoa e Deus; dois, o médico e Deus; e quatro, a pessoa e o médico.

Spink (2003) comenta que, desde muito tempo, a doença foi compreendida como um desequilíbrio intraindivíduo ou entre a pessoa e o cosmos. Isso demonstra a importância da dimensão espiritual em tais definições. Tal dimensão ainda parece estar presente, nos relatos em que Deus é o responsável pela saúde.

Responsave é Deus. Só Deus. Ele que é responsáve (P12 – F, 62 anos)

Uma possível dificuldade que esse tipo de entendimento traz é o não envolvimento do usuário nos cuidados com a sua saúde, já que o responsável é somente Deus. Dentro dessa perspectiva a pessoa isenta a si e ao Estado da responsabilidade do cuidado com a saúde.

Bom, quem deve preservar minha saúde sou eu mesma né? Em primeiro lugar, Deus me dando é... é... Deus me dando inteligência para mim preservar, preservar a minha saúde. Porque se eu não preservo, quem que vai fazer né? Ninguém vai cuidar dela. Sou eu mesmo. (P3 – F, 61 anos)

Percebe-se aqui uma diferença entre esses dois relatos. O segundo, apesar de considerar Deus nesse processo, considera-o como aquele que dá as condições para que a pessoa cuide de sua saúde. Nesse segundo entendimento, considera-se uma soma de esforços, já no primeiro comentário não.

De acordo com Pessini e Barchifontaine (2002), a questão da religiosidade na cultura primitiva esteve associada à noção de pecado considerando a saúde como “graça” e a doença como “desgraça”. Estudos mais recentes buscam compreender a relação entre saúde e religiosidade de uma forma mais ampla. A religiosidade-espiritualidade, nesse sentido vem sendo analisada, conforme Calvetti, Muller e Nunes (2007), pela interface da Psicologia da Saúde e a Psicologia Positiva, uma vez que estas buscam compreender os aspectos psicológicos positivos do processo saúde-doença, buscando focalizar os aspectos sadios do desenvolvimento e os fatores protetores da saúde.

Dessa forma, Calvetti, Muller e Nunes (2007) afirmam que a OMS discute, desde 1983, sobre a inclusão da dimensão espiritual na definição de saúde, o que independe de crenças religiosas das pessoas e compreende questões referentes à razão de viver e ao significado da vida. Além de Deus, com relação a quem é responsável pela saúde, a autoridade do médico para tratar desse assunto esteve presente.

Saúde minha filha é nós termo, ou meu Deus do céu. Num ter nada que faz empecilho no corpo. É comer bem, e não fazer mal a comida num faz. Chega agora eu tô proibida de comer carne gorda, sendo que eu gosto. Num posso. E tomar café, que eu gosto também, que muito pouco. Entendeu? O médico tirou. E assim mesmo você tá vendo como é que eu tô com esse, suando. Não tô, como se diz, ninguém tá me apertando para vim falar não, é que eu são mesmo. (P6 – M, 86 anos)

Essa compreensão dos cuidados com a saúde parece sofrer influência do modelo biomédico, em que, de acordo com Stroebe e Stroebe (1995), os fatores comportamentais não eram considerados como causas potenciais do adoecimento, assim aquilo que as pessoas faziam, não era parte do diagnóstico e tratamento das patologias.

O médico não é considerado como aquele que informa, mas sim com o que tem poder de decisão, pois, como descrito acima, é ele quem tem o poder de retirar do usuário determinado alimento. Essa autoridade do médico pode gerar dificuldades para que o usuário se aproprie de seu estado de saúde.

Verifica-se aqui o que comentam Segre e Ferraz, (1997) que relação entre médico e usuário se caracteriza, ou deveria se caracterizar, por uma relação dual em que uma pessoa detém um conhecimento técnico-científico e o coloca à disposição para outra, esta, por sua vez, tem a liberdade de aceitar ou não o que lhe foi passado. Porém, muitas vezes, o que ocorre é que o médico desfruta lugar de autoridade e de poder absoluto, e cabe ao usuário obedecer (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Alves, Alves e Lane (2007) comentam sobre a importância da informação transmitida pelo médico ao usuário, sobre a condição de estar doente. Nesse contexto, o profissional de saúde desempenha um papel de extrema importância, pois pode colaborar para um aumento de sentimentos negativos em relação à doença e ao tratamento.

Boltanski (1989) comenta sobre a forma como as relações de classe interferem na relação do médico com o usuário, o que vai desde a falta de escolha da população menos privilegiada até a adoção de diferentes posturas pelo médico, de acordo com a classe social do usuário. Há uma barreira linguística que contribui para essa separação e que interfere na forma de comunicação do médico que, por vezes, transmite informações de forma autoritária.

Já como exemplos de fala que considera apenas a própria pessoa como sendo o responsável por sua saúde, podem-se ter as seguintes:

Oia, em parte talvez seja por mim mesma, mas eu acho que não, viu. Porque a gente não é culpado de ficar doente. Mas muita vez, quem fica doente, porque come, porque bebe, eu acho que a culpa é dele.
(P1 – F, 61 anos)

Hum, quem é responsável pela minha saúde? Acho que é eu mesmo né? Que eu tenho que me cuidar né? Que se eu não cuidar, ninguém vai cuidar né? (risadas) (P18 – F, 55 anos)

Essa compreensão sobre uma postura ativa da pessoa tenta superar um entendimento biomédico que considera a doença como algo externo à pessoa e que independe de sua ação (STROEBE; STROEBE, 1995).

Definir apenas um responsável pelo estado de saúde e doença de uma pessoa seja Deus, a própria pessoa, seja o médico, pode limitar os cuidados com a saúde.

Alguns participantes consideraram tanto o médico quanto a própria pessoa como sendo os responsáveis pela saúde:

Óia, primeiramente eu tenho que me cuidar, eu tenho que saber o que eu como, o que eu bebo, para onde eu vou. Eu tenho que me cuidar desde a comida que eu faço. Do resto, qualquer problema eu procuro o médico né? Vou no médico né? Saber porque eu tô assim. Entendeu? Porque a minha, quem é responsável pela a gente é o médico né? A gente tem que correr atrás, mas o resto, você tem que se ajudar a você própria. Não é mesmo? Eu acho assim. (P9 – F, 65 anos)

A partir de mim mesma e os médico. E os... os que tão lá em cima pra, pra enviar os médico, pra.. pra... os poderoso lá em cima, num sei nem falar. Que é, que é mais responsável pela saúde. (P17 – F, 59 anos)

Quando se considera que tanto o médico quanto o usuário são responsáveis pelas condições de saúde, verifica-se a possibilidade descrita por Alves, Alves e Lane (2007), em que o diálogo estabelecido na relação médico-usuário deve ultrapassar as barreiras que geram efeitos adversos nessa comunicação e propiciar um processo de desenvolvimento biopsicossocial, favorecendo uma maior conscientização do usuário e a melhora de seu bem-estar.

É interessante destacar que nenhum participante citou mais de dois responsáveis pela sua saúde. Isso demonstra uma compreensão limitada desta, pois eles não a representam como um processo amplo que necessita da colaboração de diversos atores, tal como na definição de saúde da 8ª Conferência de Saúde (BRASIL, 1986) em que saúde é vista como resultante de diversos fatores, entre eles as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, liberdade e acesso a serviços de saúde. Pode-se compreender assim que existe

uma co-responsabilidade entre diversos setores da sociedade para o bem-estar e saúde da população.

5.4 O AMBIENTE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Inicialmente é importante destacar a importância da temática saúde e habitação para o grupo. A maioria dos participantes, onze no total, ao ser indagada sobre o que mais valorizava na sua vida, atribuiu esse valor à saúde. Três participantes responderam a casa; dois, a vida; um, a união e a paz; um, os netos; e uma outra dava mais valor a ajudar os outros. Em seguida, a pesquisadora perguntava se havia algo que valorizassem tanto quanto aquilo que haviam falado inicialmente. As respostas então variaram como pode ser visto no quadro abaixo, porém o que mais apareceu novamente nas falas foi: a casa e a saúde.

Quadro 2 – O que os participantes mais valorizam na vida

Participantes	O que mais valoriza	Em segundo lugar
P1	saúde/ casa	Sossego/ boas amizade
P2	Saúde	Apenas isso
P3	Saúde	Estar bem consigo mesma
P4	Saúde/ passear conviver com outros idosos	Apenas isso
P5	Saúde/ amigo	Casa
P6	Vida	Família
P7	Saúde	Aposentadoria
P8	União, paz	Amor a Deus
P9	Casa	Saúde
P10	Neto/ planta	Apenas isso
P11	Vida/ casa sem pagar aluguel	Casa própria
P12	Ajudar os outros	Apenas isso
P13	Casa/ vida	Apenas isso
P14	Saúde	Apenas isso
P15	Saúde	Apenas isso
P16	Casa/ saúde	Apenas isso
P17	Saúde	Passear, se divertir, dançar
P18	Saúde	Apenas isso
P19	Saúde	Participar do grupo de idosos

A saúde é representada pelo grupo como o maior bem que uma pessoa pode ter, seguindo-se a isso a casa. Isso revela a importância de tais temas para o grupo e vai ao encontro ao que Noronha et al. (1995) afirmam, que, nas sociedades ocidentais contemporâneas, a saúde é considerada um bem simbólico inquestionável e que seu valor positivo é almejado por diferentes classes sociais, etnias e gerações. A casa, sendo representada como o segundo valor mais comentado, também vai ao encontro do que argumenta Mourão e Cavalcante (2006), que pontuam ser a casa considerada o espaço mais importante para as pessoas.

Mesmo considerando a saúde e a casa como os valores mais importantes da vida a dimensão física e emocional da casa não parece ser considerada pelos participantes como um fator que interfere na saúde das pessoas. Isso pode estar relacionado ao entendimento de que o ambiente não interfere na saúde.

Os participantes ao responderem à pergunta “Como você acha que o ambiente interfere na saúde?” comentaram tanto de aspectos físicos quanto sociais do ambiente. Palavras como limpeza, barulho, poluição, esgoto, fossa, posto policial, sujeira, mosquito da dengue, poeira, que representam aspectos mais físicos do ambiente, foram citadas junto a aspectos sociais, tais como pessoas que expressam amor, como paz, violência e vizinhos.

Entretanto, nessa questão, o ambiente também foi considerado como um fator que não interfere na saúde.

Não. O ambiente num, o ambiente num tem culpa, de eu, da minha saúde, as vez é, o problema da minha saúde é eu mesmo que tem que, que tem que caprichar, e cuidar né? Que cada um tem que cuidar de sua saúde né? (P7 – M, 67 anos)

Essa compreensão esteve presente em diferentes perguntas que abordaram a relação saúde-ambiente. Pois, quando os participantes foram questionados se identificavam no bairro atual algum problema que interferisse na sua saúde, os moradores afirmaram que, no outro local de moradia, já tinham as dificuldades de saúde que têm hoje. Isso está relacionado à RS do processo saúde-doença como algo estático, que provém de causas biológicas internas, desconsiderando-se a importância do ambiente nesse processo. Esse entendimento revela uma dissociação entre o local de moradia e a saúde como se fossem dois fatores distintos e limita o entendimento de que o processo migratório vivenciado

pelo grupo interfere na condição de saúde do mesmo. Pode-se inferir que se a relação entre local de moradia, migração e saúde fossem considerados como interdependentes pelos moradores, o grupo poderia aderir mais facilmente ao projeto de remanejamento, já que o que mais valorizam na vida é a saúde.

Não. Aqui são normal, porque os pobrema eu já sentia antes né? E, e esse pobrema mesmo diz que de artrose, é difícil né? Pra ter, assim pra sarar né? Sei lá, ter tratamento. Então já vim para cá com esses problema tudo que eu sinto. [...] (P8 – F, 56 anos)

É, na minha saúde? Ah! O que eu me sinto um pouco assim, porque a gente já tinha pobrema, já trouxe problema lá do mato, né? É pressão alta. Essas coisa, mas como a gente anda direitinho com os remédio, o dia que você tá meio atacada, você toma o remédio direitinho e melhora. Agora é só isso. (P9 – F, 65 anos)

A ideia hegemônica do determinismo biológico e genético que desconsidera, segundo Cohen et al. (2004), que a interação da pessoa com o meio ambiente está relacionada a saúde aqui está presente mais uma vez.

Esse entendimento da saúde como não tendo relação com o ambiente pode estar relacionado à compreensão que os profissionais de saúde têm desse processo. Pois, Cezar-Vaz et al. (2007), que realizaram uma pesquisa com profissionais de saúde, concluíram que o processo organizativo do trabalho da atenção básica à saúde não era influenciado significativamente pela relação saúde-ambiente. Assim, tais técnicos podem estar repassando tal entendimento para a população que presta serviço. Esse fato pode colaborar para que o grupo não considere que o processo migratório interfere na sua saúde e conseqüentemente minimizar a importância que esse evento representa para a melhoria das condições de saúde da comunidade.

Essa compreensão da população além de ser influenciada pelos fatores acima descritos pode estar relacionado com a referência que eles têm de um lugar bom ou ruim para se viver como pode ser exemplificado abaixo.

Não, graças a Deus acho nada não. Tudo, tudo legal, tudo, tudo em paz porque depois que nós mudemo aí, mudou tudo por causa que, antigamente minha fia era muito precário porque era muito sujeira para lá né? E a gente não ficava assim de coisa tranqüilo, por causa que a gente tinha muito medo. E aqui não, aqui graças a Deus eu tô de boa. O meu filho também mora na casa dele. Cada um na sua casa e cada um cuida seu terreno e aí vamo levando a vida né? Com graça de Deus. (P4 – F, 65 anos)

Apenas dois participantes responderam diretamente que percebiam em seu bairro atual fatores negativos que interferiam na sua saúde.

Ah eu acho que o atendimento desse posto em? Eles atente muito mal a gente, pra a gente marcar uma consulta, você nunca consegue um encaixe. Os menino que tá, que atende a gente pra fazer a ficha são muito mal educado são muito grosso. Num dá. Tá faltando mesmo um posto de saúde mesmo, pra a gente chegar lá e marcar uma consulta para tal dia. Nunca tem médico. Quando ocê quer. (P10 – F, 49 anos)

Ah de mais. Porque aqui é como eu digo, eu falei pra você. É, como? São os vizinho né? Porque aqui a gente somo, que nem eu sou hipertensa. Meu ex-marido também é né? E aqui tem muito vizinho que tem criança né? Faz muito barui. Incomoda muito a gente aqui né? Então só isso que eu tenho que recramar. (P18 – F, 55 anos)

O fato de apenas duas pessoas terem afirmado que percebiam, em seu bairro atual, problemas que interferiam na saúde, pode estar relacionado a uma comparação que fazem entre a condição de vida passada e a atual, e não entre a atual e uma desejada ou futura. Nesse caso, fica claro o que Moscovici (2003) comenta: que a pessoa não se relaciona diretamente com o objeto, pois suas representações, carregadas por fatores genéticos, memórias, categorias culturais, experiências, permeiam tal relação influenciando na forma de perceber e se relacionar com esse objeto.

A dificuldade de identificar possíveis problemas do bairro atual parece se assemelhar ao que comenta Jacobi (2000). O autor argumenta que os moradores de áreas periféricas destacam a necessidade de melhorias e condições de acesso a serviços básicos, apontando uma dimensão quantitativa dos problemas enfrentados. Já os moradores de áreas plenamente urbanizadas, que contam com a presença de uma infraestrutura adequada, em suas reivindicações vão deixando a dimensão quantitativa dos problemas ambientais enfrentados, que se refere à inexistência de certos órgãos e serviços, e se aproximando de dados mais qualitativos, que reivindicam a melhora do serviço oferecido.

Os participantes desta pesquisa, ao passarem por um processo de migração, depararam-se com um lugar que apresenta outras possibilidades e limitações. Daí decorre a dificuldade da maioria dos participantes em não visualizarem problemas que interferem em sua saúde no bairro atual. Isso pode ser verificado até mesmo no relato do participante que, de início, afirma não ter

problema e, em seguida, descreve o que gostaria que fosse melhorado em seu bairro. Porém, ele ainda considera em suas reivindicações uma dimensão quantitativa, no sentido de que ainda estão faltando certos órgãos sem se referir ainda à qualidade dos serviços que lhes são prestados pelas instituições já existentes.

A satisfação de serem proprietários nessa nova localidade também pode influenciar na forma de identificar as dificuldades existentes. Pois, segundo Peluso (2003), as pessoas que não tinha condições de pagar aluguel nem de comprar uma casa, ao passarem por um processo de remanejamento para a cidade-satélite de Samambaia, por meio do Programa de Assentamento das Populações de Baixa Renda do Distrito Federal, que contavam com assentamentos com precária infraestrutura, era superada pela satisfação evidente de poderem ser proprietários.

Além disso, muitos afirmam que não existem problemas, por tratar-se de uma situação vivenciada por diferentes pessoas, revelando uma naturalização dos problemas vivenciados.

Não. Só a poeira. Mas isso aí eu acho que é em geral, né. Quando tá ventando muito. Porque aqui venta muito. É só isso. Mas isso aí eu acho que é o problema de todo mundo. (P1 – F, 61 anos)

Até agora não tenho visto não. Era só o pernilongo que tinha aí, mas tem em todo lugar né? [...] (P6 – M, 86 anos)

É como se um problema que é vivenciado por todos, ou por grande parte dos bairros, fosse menor do que um problema que existe apenas em seu bairro. Ou ainda, essa concepção pode estar relacionada às dimensões para a solução dos problemas enfrentados, pois, ao se tratar de um problema apenas de um bairro, a solução seria mais rápida, enquanto que a solução para os problemas enfrentados pela maioria da população fosse mais difícil e até impossível de solucionar.

Já na pergunta que aborda a relação entre a mudança de local de moradia e a sua saúde, 14 pessoas responderam perceber tal relação, e cinco responderam que não. Porém, os dados descritos dessa forma não contemplam as concepções dos participantes. Isso pode ser visto em diferentes relatos como, por exemplo:

Não ... Não, a saúde num mudou, não. Mas o... o movimento móde eu cumprir a minha saúde ficou mió. Que lá o posto era longe e agora o posto tá bem aí oh... Quer dizer que ficou melhor pra mim né? Que lá eu tinha que saí de lá e vim lá em cima. Lá na, como é

que fala? Na Savargina. De lá da Saionara na Savargina. A senhora vê o tanto que eu tinha que andar. (P5, M, 66 anos)

Analisando esse relato, pode-se identificar que, embora tenha respondido “não”, em seguida, ele descreve uma situação que revela que ele tem um melhor acesso aos serviços de saúde, que é ter uma unidade de saúde perto de sua casa.

Continuando nessa linha de raciocínio, pode-se analisar outro relato:

Uai, uai eu notei porque eu passei a sofrer um derrame aí quase, quase morri! E na popular eu era até sadio. (P7 – M, 67 anos)

Apesar de o participante comentar que percebe uma relação entre o local de moradia e sua saúde, ele não se refere em sua fala à forma como o processo de migração interferiu na sua saúde, mas sim, refere-se a algo que ocorreu com a sua saúde depois que se mudou. Percebendo isso, a pesquisadora questiona se o participante acreditava que o derrame tinha haver com o local, e ele responde:

Não...Não, não. Não é questão do local. Acho que foi questão minha mesmo. Que não manti as coisa que deveria ter mantido, né? Facilitei. Porque eu sou hipertenso, tenho pressão alta, né? Então eu facilitei deu derrame. Eu sou hipertenso.

Alguns participantes que responderam que percebiam uma relação entre a mudança de local de moradia e sua saúde não se expressaram de forma clara, dando respostas vagas. Muitos dos que responderam que não viam relação entre a mudança de local de moradia e sua saúde referiam-se a doenças específicas que tinham, e que continuam tendo. Esses fatos podem ser exemplificados nos comentários abaixo:

Olha moça, a minha saúde para mim tá do memo jeito. Pru que quando eu morava lá eu tirei um rim né? Mesmo jeito.

Sabe, desde de lá que eu já tinha pobrema né? De saúde né? Desde lá que eu já tinha problema né? (P14 – F, 58 anos)

Essas diferentes formas de perceber a relação entre a saúde e a mudança de local de moradia podem estar relacionadas ao entendimento que os participantes têm do processo saúde-doença, em que, como descrito anteriormente, muitos representam a saúde como um estado, e não com um processo.

Já, em outros relatos, verifica-se uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença que permite considerar a mudança de local de moradia como um fator que interfere nas condições de saúde.

Eu vejo. Eu vejo que modificou bastante. Agora eu tenho, não tenho muita saúde não, mas eu tenho mais saúde, que eu vivia com depressão. Eu chorava muito e aqui não. Aqui eu saio, eu vou aí pra o CEMA. Eu vou em algum passeio no Centro Comunitário. E num tenho mais aquela depressão. Mudou muito também. A minha relação a mudança e a saúde também. (P17- F, 59 anos)

Sim, lá eu tinha mais dificuldade pra sair pra ter alcance de médico. Não por causa que os posto era longe, era perto sim, mas aqui eu achei melhor , é muito mais favorávi. [...] Mas aqui eu achei mais, me senti mais desenvolvida, mais é assim, mais desposição sabe? Ainda mais que o ônibus passa bem na frente da minha casa, pra que melhor né? (risadas) (P11 – F, 63 anos)

É bom também. Porque lá né? É por dentro d' água né? Tem uns que tem saúde. Lá nós saimo da água tudo, só ficava doente. Da água lá.(P 12 – F, 62 anos)

Que quando eu mudei pra lá,né? Que era mato quando nós mudemo lá pra Saionara, eu peguei um resfriado por causa que, peguei reumatismo, dor nas perna num sabe? Que nós amanhecia o dia era dentro d'água né? Porque lá era muita lama, logo nos começo. Eu amanhecia o dia com o rodo na mão tirando lama, d'água dentro de casa né?Aí eu achei, sofri um pouco lá né? Mas aqui eu tô, num tô gostando muito porque eu num tô podendo oh, só tem eu e ele. Mas num dá nem pra gente murá. Agora que eu murei um cantinho da casa né? E fiz umas coisinha lá. Mas pra mim tá bom. Até agora né? Tô achando ruim não. (P19 – F, 67 anos)

Só é possível considerar o processo de migração como um fator que interfere nas condições de saúde da população quando se transpõe o entendimento biomédico que, de acordo com Stroebe e Stroebe (1995), considera que a doença tem uma causa objetiva, primária e identificável.

Esses relatos, ao superarem o entendimento biomédico do processo saúde-doença, parecem se aproximar da proposta da Psicologia da Saúde que, conforme Spink (2003), considera tal processo de forma globalizante, dinâmico e como um processo histórico, que apresenta múltiplas causas.

Os múltiplos fatores que influenciam no processo saúde-doença, o que inclui a relação entre a saúde e o ambiente, tornam-se mais presentes na pergunta 25 “O que você acha que interferiu na saúde depois que você mudou para cá?”. Dessa forma, as respostas foram organizadas e sintetizadas no Quadro - 3.

Quadro – 3 Fatores que interferiram na saúde dos participantes depois da mudança de local de moradia

Participantes	Fatores que interferiram
P1	Tranquilidade
P2	O acesso a médico é pior que em São Paulo
P3	-
P4	Maior acesso à ginástica, grupo
P5	imagina como seria se um problema de enchente ocorresse na sua nova casa
P6	Acesso a igreja
P7	Bebeu cerveja
P8	Mesmo jeito
P9	Limpeza
P10	Nada
P11	Atividade
P12	Caminhada, reunião com os idosos
P13	Ter independência por morar só
P14	Nada
P15	Nada
P16	Participar da ginástica
P17	Participar da ginástica
P18	Tranquilidade por ter criado os filhos
P19	Não sei

Verifica-se aqui uma maior associação entre as condições de saúde e a participação em atividades, como ir à igreja, frequentar o grupo de idosos e o grupo da ginástica realizado no CRAS, assim como foi comentado sobre a tranquilidade por não correrem mais o risco de vivenciarem uma nova enchente. Entretanto, mesmo nessa questão, quatro participantes responderam que a mudança de local de moradia não interferiu na sua saúde.

5.4.1 Sugestões dos participantes para uma melhor interação entre a pessoa e o ambiente.

Os participantes da pesquisa, ao comentar sobre o que as pessoas podem fazer no ambiente para melhorar a sua saúde, parecem ter considerado tanto

o que pessoas da comunidade poderiam estar fazendo no ambiente, quanto as pessoas que ocupam cargos públicos.

As pessoas, de acordo com os participantes, poderiam realizar atividades como: ir ao médico, fazer exame, não deixar juntar inseto, mato, não queimar lixo, não fazer barulho, reformar, colocar piso, reboco, muro, etc.

É como ditado é que nem muita gente tá fazendo aqui. Quem pode tá, murano né? Pra evitar de cachorro, evitar de, do aborrecimento dos vizinho que tando murado aí cada um fica no seu canto né? Aí fica na paz mesmo. (P18 – F, 55 nanos)

Aprendi. Na minha casa já tem pé de banana, laranja, limão, cerola, remedinho para dor. [...] Lá na casa onde eu morava tinha tudo prantado, mamão. Tudo eu tenho prantado na minha casa. Abacaxi. Porque lugar da sujeira, de você por um lixo ali, você pranta uma coisa que você vai aproveitar. Tá certo! Eu acho assim. (P9 – F, 65 anos)

Já as pessoas que ocupam cargos públicos, de acordo com os participantes, poderiam propiciar a contratação de mais médicos; implementação de asfalto; rede de esgoto; a construção de áreas de lazer para realização de atividades, como caminhada, esporte; diminuir a poluição, etc

No meio ambiente eu quero é asfalto. Que eles faz mais asfalto, por causa da poeira. E aqui tem muita poeira. Aqui num para nada, nada limpo. Aqui acaba com as coisa da gente. Com as coisa que a gente ganha é muito pouquinho mas a poeira acaba. A sujeira acaba assim. Eu quero que, que eles asfalta. Já te, já tá vindo o asfalto, tá continuano. Quero que eles continua fazendo isso. Pro meio ambiente. Por causa do mosquito da dengue também. Por causa dessas parasita que tá vindo. Então o quintal limpo. O que eles fazer pra nós é bem vindo aqui. (P17 – F, 59 anos)

Por meio dos relatos dos participantes, verifica-se o entendimento que vai além da responsabilização do Governo pelos problemas ambientais, pois os participantes comentam de uma co-responsabilidade entre comunidade e Estado. O envolvimento da sociedade civil com os problemas ambientais, também pode ser verificado na pesquisa realizada por Castro e Abramovay (1997), que comentam sobre diferentes ONGs que tratam direta ou indiretamente da questão ambiental.

Os desafios para intervir sobre fatores determinantes da saúde no espaço construído são enormes para serem resolvidos e necessitam da colaboração de diversos campos científicos, da própria comunidade e do Estado (SILVA; GOMES; SANTOS, 2005).

Sobre a participação em atividades que tratassem sobre problemas ambientais ou cuidados com o bairro, a maioria das pessoas entrevistadas, 13 no total, afirmaram que já tinham sido convidadas a participar de atividades que tratassem da temática ambiental.

Sim. Já fui convidada. É tanto que eu tô na equipe do meio ambiente, já tô nesse, são, ontem mesmo era pra ter reunião, aí foi guiada mais para frente. Então eu tô nesse, nessa turma do meio ambiente já? Aí já foi até falado para nós tá, fazer horta nas casa né? Já pra implantar. O rapaz já veio, olhou o meu quintal, disse que dá pra fazer horta. Aí eles vão tá olhando o terreno, pra ver como que vai ser, e ele procurou se eu tava disposta a fazer horta. Eu falei sim. Eles são falando para ver se não faz horta também comunitária né? O, quem quiser participar da horta comunitária, bem quem não querer pode fazer em casa, e então eu já me dispôs a fazer horta comunitária. E vi também esse lado do, do lixo né? Vi separação de lixo. Tudo isso nós fomo vendo aí, tamo tendo reunião, e já tão, só falta por a mão em obra. Mas que já tão, já pra, já bem animado já, assim, a participar. (P8 – F, 56 anos)

No entanto, seis participantes responderam que nunca haviam sido convidados a participar desse tipo de atividade.

Não. Nós não participamo ainda desse negócio de coisa não. Só memo o pessoal de saúde que vai lá e que dão coisa para nós, orienta nós pra cuidar de não sei o quê, de quintal, essas coisa. Mas isso aí, a gente já faz desde criança memo, porque ninguém precisa tá falando essas coisa para a gente porque a limpeza é que, que manda né? Porque viver na sujeira é precário. Num, num vira né? Então você tem que se virar. Você que tem que se cuidar né? Cuidar seus, suas casa, seus, seus terreno, suas vila né? Então para mim, tá tudo bem graças a Deus. Nada ruim para nós não. (P4 – F, 65 anos)

É interessante aqui destacar que, de acordo com o que foi comentado pelos participantes, elas participaram dessas atividades a partir de uma busca ativa das equipes da EMHA, do Centro Comunitário, CEMA e do presidente do bairro, o que parece um esforço conjunto para envolver os idosos do bairro nesse tipo de atividade.

Nessas atividades, que utilizam em sua maioria como procedimentos metodológicos oficinas, parece ser favorecida uma melhor interação da pessoa com o ambiente, pois os participantes podem discutir, entre outros assuntos, sobre a ressignificação do lixo:

Foi ótimo. Porque os lixo realmente não são lixo né? A gente aproveita quase tudo. A maioria. A gente fizemos é assim, recicragem, papel, da garrafa petti faz vassora. É uma maravilha. (P3 – F, 61 anos)

A utilização de tal metodologia parece ir ao encontro dos resultados da pesquisa realizada por Miranda, Schall e Modena, (2007), na qual a educação não-formal foi a alternativa mais defendida pelas pessoas para se trabalhar a educação ambiental.

Durante atividades como essa, as pessoas puderam relacionar o cuidado com o meio ambiente ao cuidado com a saúde.

Foi no centro comunitário né? Sobre, sobre o meio ambiente né? Sobre num queimar, num queimar lixo, né? Que prejudica a saúde, dá falda de ar, né? E quê que é? Muitas coisa que eles recomenda pra num deixar alguma coisa assim fora de jeito ssim comunicar, né? Com as pessoa e falar que num pode né? Pra preservar limpo, né? Num acumular lixo, né? (P14 F, 58 anos)

Tem. Tem. Aqui eu fui convidada pra participar no centro comunitário,do, é relação ao meio ambiente, a relação a, a dengue, a relação a saúde também. Eu, manter quintal limpo, tudo também eu já, já participei. Assim através que eu mudei pra cá. (P17 – F, 59 anos)

Para Cohen et al. (2007), a existência de espaços saudáveis só é possível quando se elaboram políticas públicas saudáveis. Para os autores, essas políticas devem se basear em reflexões do espaço físico, que promovam a identidade com a realidade local e incluam as aspirações coletivas e individuais articulando-as com o conceito de habitação saudável. Nesse contexto, são fundamentais as parcerias entre instituições acadêmicas e públicas que trabalhem com os temas de habitação, processo saúde-doença e migração dentro de forma articulada e dentro de uma perspectiva psicossocial.

As dinâmicas de grupo podem se configurar, como afirma Cardoso (2002), como o espaço autêntico de expressão da comunidade que conta fragmentos de sua realidade, ao mesmo tempo em que possibilita ao grupo conhecer diferentes perspectivas, permitindo trocas de experiências entre seus participantes.

Pode-se também destacar que são diversas as possibilidades de se trabalhar com a temática ambiental na comunidade e que formas inovadoras podem

envolver diferentes atores sociais, é o caso da realização de gincanas como comentado pela participante 16.

Eu depois que eu cheguei aqui no Jardim Aeroporto eu fiz o curso do meio ambiente né? E a gente se previne muito do, do, daquele dengue é? Limpar o quintal. Limpar o nosso bairro é? Agente já teve um, um concurso de coisa aqui no Jardim Aeroporto. Uma festa. Quem a gente, quem reciclava mais né? A coisa que não se usa mais e eu participei tirei sexto lugar né? Então coisa, muito bem aqui as coisa, sabe? Eu, de meio ambiente, de bairro, de sujeira, dessas coisa. É, tudo é, é, como que fala? Informada pra gente. Entendeu? (P16 – F, 54 anos)

Os idosos que participaram desta pesquisa parecem transmitir a mesma necessidade dos idosos da pesquisa realizada por Miranda, Schall e Modena (2007). Pois, no que se refere à responsabilidade com o cuidado com o meio ambiente, os idosos revelaram valorizar a questão da informação e da sensibilização de pessoas próximas. Destaca-se aqui a necessidade dos programas e políticas ambientais, transcenderem as explicações científicas, abordando a questão a partir de uma perspectiva crítica e global, incorporando outros atores, como os idosos, pois estes, ao serem co-responsabilizados pelo cuidado com o ambiente, apresentam-se como participantes fundamentais para a promoção da qualidade ambiental. Paralelo a esse processo pode-se ampliar o entendimento que as pessoas têm do processo saúde-doença, e como essas temáticas relacionam-se ao processo migratório.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, face ao momento histórico em que foi realizado, considera duas questões fundamentais para os tempos atuais. A primeira são as relações entre saúde-ambiente, com que ONGs e governantes de diversas nações têm se preocupado. A segunda é o desenvolvimento de tal temática com migrantes, tendo em vista que as necessidades econômicas e o fenômeno da globalização contribuem diariamente com o aumento dessa população.

Diferentes formas de interação pessoa-ambiente estiveram presentes nos relatos dos participantes. Inicialmente, essas pessoas viviam em uma área sem infraestrutura urbana e expostas a uma série de riscos ambientais, dentre os quais o mais destacado eram as enchentes. O recurso da mobilidade nessa área ficava limitado. Após o remanejamento para uma área urbana, os participantes puderam exercer mais plenamente tal recurso, tanto por não terem mais empecilhos físicos, como a inundação do local onde morava, quanto por poderem contar com a presença de diferentes serviços, equipamentos e infraestrutura.

Mesmo expostos a diferentes riscos ambientais no antigo local de moradia, como o tempo, os moradores foram se apropriando daquele espaço e investindo em sua moradia não apenas valores monetários, mas também elementos afetivos que se estenderam para as relações de vizinhança. Isso gerou uma resistência inicial da população para a mudança e dificultou a adaptação em uma casa que ainda não tinha nenhum investimento. O sentimento de apropriação de um novo espaço parece ocorrer quando as pessoas podem reformar e ampliar seu novo local de moradia. No caso dos participantes, isso é dificultado pelo fato de eles não trabalharem mais por conta da idade. No entanto, nesse novo local, os participantes têm a possibilidade de realmente se apropriar de seu local de moradia, uma vez que não correm mais o risco de ter que deixar sua residência pela ocorrência de enchentes, pela reapropriação de tais espaços pelo Estado, ou por qualquer outra situação que não lhes deixasse escolha.

O sentimento de apropriação dos novos moradores em relação ao novo espaço, que propicia à pessoa dele cuidar, também foi proporcionado pelas relações sociais mais amplas estabelecidas com a comunidade local. Tais relações foram favorecidas pela presença de instituições governamentais que funcionaram como espaços de acolhimento dos novos moradores ao bairro e como um local de interação entre antigos e novos moradores. Esse é o caso do grupo de convivência

dos idosos do CRAS da região e de outras atividades realizadas pelo Centro Comunitário.

Uma vez verificado que a participação nessas atividades propicia um maior bem-estar para os idosos, torna-se interessante realizar essa mesma pesquisa com os idosos que não participam de tais atividades, a fim de identificar sua satisfação em relação à mudança, e aos cuidados com o ambiente e a saúde.

A importância das redes sociais de apoio formadas ora por familiares, ora por vizinhos e amigos, ficou evidente em diferentes momentos da vida dos participantes desta pesquisa. O primeiro momento é quando um idoso não tem onde morar e depende desse tipo de relação para ter um abrigo. O segundo é quando os participantes fazem uso dessa rede para realizar um movimento migratório dos seus respectivos locais de origem, sejam eles de diferentes estados ou municípios, para a cidade de Campo Grande. O terceiro momento em que se percebe a importância dessas relações é quando estas aparecem nos relatos como um dos fatores que não motivavam a mudança de local de moradia. E o quarto é quando os moradores se sentem satisfeitos de morar no novo local por poderem ali constituir uma rede de apoio.

Ao comentarem sobre o ambiente, os participantes descreveram tanto aspectos físicos relacionados aos locais em que viviam quanto as relações sociais, considerando assim o ambiente de forma globalizada. No entanto, no momento de relacionar esse ambiente com a saúde, por vezes, ainda persiste uma polaridade entre a RS da saúde e a compreensão do ambiente.

A RS de saúde esteve associada à possibilidade de realizar certas atividades, de ter autonomia e manter sua independência. Já a representação de doença foi o inverso do que foi definido como saúde, além de ser algo muito triste e poder ser causada por fatores psicológicos. Analisando o conteúdo dos relatos dos participantes em relação a responsabilidade que eles têm sobre o processo de adoecimento, foi possível identificar que para alguns participantes isso está fora de seu controle. Esse entendimento do processo saúde-doença demonstra que eles não consideram as fases assintomáticas de determinadas doenças, o que pode dificultar a adoção de comportamentos preventivos e manutenção de hábitos saudáveis.

A respeito de quem seria o responsável pela saúde da população, os participantes destacaram três responsáveis: Deus, o médico e a própria pessoa. No entanto, nenhum participante definiu mais de dois responsáveis pela saúde, não citou outros profissionais de saúde além dos médicos, e nenhum destacou a saúde como um dever do Estado, o que pode dificultar a reivindicação por melhores condições e serviços de saúde.

Apenas dois participantes responderam que percebiam em seu bairro atual fatores negativos de interferência na sua saúde. Isso pode estar relacionado à satisfação de serem proprietários de uma casa, às referências que esses participantes têm em relação as condições de moradia vivenciadas e ainda ao fato de eles não descreverem problemas que seriam comuns a outros bairros, como a poeira, por exemplo.

Já, em alguns relatos, verifica-se uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença, que permite considerar a mudança de local de moradia como um fator que interfere nas condições de saúde. Isso indica uma transposição do entendimento biomédico que considera ter a doença uma causa objetiva, primária e identificável, para o biopsicossocial, que compreende a saúde e a doença como um processo determinado por múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos.

Muitos participantes revelaram ter participado de atividades que tratavam sobre a temática ambiental e o cuidado com o bairro, que utilizaram as oficinas como procedimento metodológico. A participação nessas atividades parece propiciar um entendimento e um cuidado mais ampliado com o ambiente. Essas atividades se assemelham com as potencialidades da Psicologia da Saúde e da Psicologia Ambiental, uma vez que a primeira apresenta uma visão integral da saúde e do processo saúde-doença como algo determinado por múltiplos fatores e pode desempenhar um papel importante nos trabalhos interdisciplinares que abordem a saúde e o ambiente. Já a Psicologia Ambiental também pode colaborar para uma melhor adaptação da pessoa ao ambiente de forma responsável.

Assim, torna-se importante a realização de atividades que possibilitem a cada um se perceber como co-responsáveis na prevenção, conservação e recuperação ambiental e da saúde, simultaneamente. Os resultados desta pesquisa sugerem a realização de tais atividades não apenas após o remanejamento dessas pessoas, mas também antes de tal processo, pois pode-se inferir que, a partir de um

entendimento ampliado do processo saúde-doença e da compreensão de que o ambiente interfere nisso, poderia se propiciar aos moradores vivenciar o processo migratório de forma mais ativa e satisfatória. Além disso, durante a realização dessas atividades poderia ser construído um canal de comunicação mais claro e aberto entre Estado e sociedade, o que poderia economizar tempo e desperdícios sociais, econômicos e ambientais, pois, a partir de um entendimento compartilhado, possivelmente se minimizariam dificuldades futuras. Uma possibilidade que surgiu durante as entrevistas seria procurar manter, para aqueles que desejassem, não apenas os parentes como vizinhos, mas também seus antigos vizinhos.

A constante interação da pessoa com o ambiente influencia e é influenciada, como pode ser verificado pelos relatos dos participantes desta pesquisa, pela RS de saúde e doença que essas pessoas apresentam. Assim, essas representações vão interferir na forma como as pessoas cuidam de sua saúde e do ambiente.

Trabalhar com essa temática pode contribuir na otimização de futuros projetos que envolvam o processo de migração de populações (remanejamentos, acampamentos e assentamentos), visto que isso pode indicar formas para maximizar a adesão da população a esses projetos. Além disso, identificar as Representações Sociais de saúde e doença pode contribuir no desenvolvimento de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde que busquem estabelecer parcerias entre a sociedade civil e política. Dessa forma, considera-se que compreender a relação entre o ambiente e a saúde com migrantes facilitará o processo de criação de estratégias de prevenção de doenças e promoção à saúde articuladas à conscientização ambiental.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. In MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

ALVES, R. *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e sua regra*. São Paulo: Ars Poética, 1996.

ALVES, V. L. R.; ALVES, M. R.; LANE S. T. M. A comunicação diagnóstica de ceratocone e sua influência na representação social que o paciente constrói de sua doença. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. São Paulo, v. 70, n. 5, p.790-796, 2007.

ANDRADE, M. A. A. de. A identidade como representação e a representação da identidade. In MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 141- 149.

ARRUDA Â. Representações sociais e movimentos sociais: grupos ecologistas e ecofeministas do Rio de Janeiro. In MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 71-86.

BARROS, E. P. de. Saúde indígena; a invisibilidade como forma de exclusão. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. de A. (Org.). *O Clássico e o novo: tendências, objetos, e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 14, p. 223-237.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. Comitê assessor da *VIII Conferência Nacional De Saúde*. COORDENADOR. Rosas, E. J. MEMBROS. ALMEIDA SOUZA, A. M. de.; COSTA, A. M. ... conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_

BRASIL. *Ministério da saúde*. Vigilância em saúde. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 15/Novembro/2007.

BRITO, F.; SOUZA, J. de. Expansão urbana nas grandes metrópoles o significado das migrações intrametropolitanas e da mobilidade pendular na reprodução da pobreza. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 48-63, 2005.

CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). *Método Qualitativo: epistemologia, complementariedades e campo de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. cap. 7, p. 173-213.

CALVETTI, P. Ü.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 706-717, 2007.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 2-9. 2002.

CARVALHO, O. de; MARTINE, G. *Migrações e Urbanização: concepção de políticas e instrumentos para a ordenação da migração interna no Brasil*. Ministério do Interior, Brasília, 1977 (Série SPO 2).

CASTRO, E. K. de; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde X Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Gênero e meio ambiente. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO/UNICEF, 1997.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. 645-653, 2007.

COELHO, A. E. L. Percepção de risco no contexto da seca: um estudo exploratório. *Psicología para a América Latina*, n. 10, 2007. Obtido em: www.psicolatina.org/10/risco.html. Acesso em: 09 fevereiro 2010.

COELHO, J. A. P. de M; GOUVEIA, V. V.; MILFONT, T. L. Valores humanos como explicadores de atitudes ambientais e intenção de comportamento pró-ambiental. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.11, n.1, p. 199-207, 2006.

COELHO, M. T. Á. D.; FILHO, N. de A. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2002.

COHEN, S. C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, 2007.

COHEN, S. C. et al. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 807-813, 2004.

CORRAL-VERDUGO, V. Psicologia ambiental: objeto, “realidades” sócio-físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 71- 87, 2005.

CORSINI, L. Repensando a identidade no contexto das migrações. *Psicologia e Sociedade*, Porto alegre, v.18, n. 3, p. 23-33, 2006.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. O olhar do adolescente sobre a saúde: um estudo sobre representações sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 627-634, 2009.

CUNHA, E. M O *Clássico e o novo*. G. de P. da. Especificidades da Raça/Etnia nas questões de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. de A. (Org.): tendências, objetos, e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 15, p.239-247.

CUNHA, J. M. P. da. Migração e urbanização no Brasil: alguns desafios metodológicos para análise. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 3-20, 2005.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

FALCÃO, E. B. M.; ROQUETTE, G. S. As representações sociais da natureza e sua importância para a educação ambiental: uma pesquisa em quatro escolas. *Ensaio: Pesquisa em Educação e Ciência*. Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 1-21, 2007.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2008. cap. 1, p. 31-60.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise do discurso*. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2005.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C. dos; PENNA, C. M. de M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GENEVOIS, M. L. B. P.; COSTA, O. V. Carência habitacional e déficit de moradias: questões metodológicas. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 73-84, 2001.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Caderno de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002.

GÜNTHER, H. Mobilidade e affordance como cerne dos estudos pessoa-ambiente. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.8, n.2, p. 273-280, 2003.

GÜNTHER, I. de A. Pessoa e ambiente, as duas faces da mesma moeda. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.18, n. 39, p.21-23, 2008.

HEILBORN, M. L. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. de A. (Org.). *O Clássico e o novo: tendências, objetos, e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap 12, p. 197-208.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 57-70, 2005.

JACOBI, P. Do centro à periferia – meio ambiente e cotidiano na cidade de São Paulo. *Ambiente & Sociedade*, Campinas, Ano 3., n. 6/7, p. 145- 162, 2000.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdURJ. 2001. p. 17-44.

JÚNIOR, H. de A.; SOUZA, M. A. de; BROCHIER, J. I. Representação social da educação ambiental e da educação em saúde em universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 43-50, 2004.

KHOURY, H. T. T.; GUNTHER, I. de A. Ambiente de moradia e controle primário em idosos. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.18, n. 39, p. 53-60, 2008.

KRAN, F.; FERREIRA, F. P. M. Qualidade de vida na cidade de Palmas- TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. *Ambiente & sociedade*, Campinas, v. 9, n. 2, p. 123-141, 2006.

LEITE, I. L. *Gênero, família e representação social da velhice*. Londrina: Eduel, 2004.

LOPES, M. J. M.; BUENO, A. L. M. Saúde pública é...: permanências e modernidades nas representações de universitários. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 3, p.92-101, 2007.

MARTINHO, L. R.; TALAMONI, J. L. B. Representações sobre meio ambiente de alunos da quarta série do ensino fundamental. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2007.

MATTA, G. C.; CAMARGO JR. O processo saúde-doença como foco da Psicologia: as tradições teóricas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. cap. 5, 129-140.

MEDEIROS, P. F. de; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005.

MENEGON, V. S. M.; COELHO, A. E. L. Psicologia e sua inserção no sistema público de saúde: um painel longitudinal de temas-foco publicados em periódicos brasileiros. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. cap. 7, p.175-205.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____ (Org.). 23 ed. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 1, p.9-30.

MIRANDA, É. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Representações sociais sobre educação ambiental em grupos da terceira idade. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 13, n. 1, p. 15-28, 2007.

MIRA, R. G.; STEA, D.; ELGUEA, S. *Psicologia Ambiental e política ambiental: questões teóricas e práticas*. Psicologia USP, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 249- 259, 2005.

MONTEIRO, C. A.; NAZÁRIO, C. de L. Evolução de condicionantes ambientais da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 13-18, 2000.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSER, G. A psicologia ambiental: competência e contornos de uma disciplina. Comentários a partir das contribuições. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 16, n. 1-2, p. 279-294, 2005.

_____. Psicologia Ambiental no novo milênio: integrando a dinâmica cultural e a dimensão temporal. In:Tassara, E. T. de O. (Org.). *Panoramas interdisciplinares para uma Psicologia Ambiental do Urbano*. São Paulo: EDUC; FAPESP, 2001. cap. 8. p. 189-210.

MOTA, E. L. A.; FRANCO, A. L. e S.; MOTTA, M. C. Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 119-132, 1999.

MOURÃO, A. R. T.; CAVALCANTE, S. O processo de construção do lugar e da identidade dos moradores de uma cidade reinventada. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 11, n. 2, p. 143-151, 2006.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3, p.51-66.

NOGUEIRA, C. Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 112, p. 137-153, 2001.

NORONHA, C. V.; BARRETO, M. L.; SILVA, T. M.; SOUZA, I. M. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 106-117, 1995.

OLIVEIRA, A. B. de; ROAZZI, A. A representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 091-102, 2007.

ORNSTEIN, S. W. Arquitetura, urbanismo e psicologia ambiental: uma reflexão sobre dilemas e possibilidades da atuação integrada. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 155- 165, 2005.

PASTORE, J. *Brasília: a cidade e o homem, uma investigação sociológica sobre os processos de migração, adaptação e planejamento urbano*. São Paulo: Nacional e Editora da USP, 1969.

PECORA, A. R.; SÁ, C. P. de. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. *Psicologia: Reflexão e crítica*, Porto alegre, v. 21, n. 2, p. 319-325, 2008.

PEIXOTO, C. E.; LUZ, G. M. De uma morada à outra: processos de re-coabitação entre as gerações. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 29, p. 171-191, 2007.

PELUSO, M. L. O potencial das representações sociais para a compreensão interdisciplinar da realidade: geografia e psicologia ambiental. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 8, n. 2, p. 321-327, 2003.

PEREIRA, E. C. C. O perfil do migrante que busca a cidade de Campo-MS. 2001. 161 p. *Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”*, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Franca, 2001.

PERSSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, 2002.

PINHEIRO, J. P. O lugar e o papel da Psicologia Ambiental no estudo das questões humano-ambientais, segundo grupos de pesquisa brasileiros. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 103- 113, 2005.

_____. (Um pouco da) Psicologia Ambiental no Brasil. In: Tassara, E. T. de O. (Org.). *Panoramas interdisciplinares para uma Psicologia Ambiental do Urbano*. São Paulo: EDUC; FAPESP, 2001. cap. 1, p. 11-26.

PINHEIRO, R. S.; VIACARA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RABINOVICH, E. P. Por uma psicologia ambiental das diferenças. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 119- 127, 2005.

ROMICE, O. Conhecimento, interdisciplinaridade e psicologia ambiental. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 167- 178, 2005.

RONCADA, M. J. Inquérito entre migrantes atendidos pela Central de Triage e Encaminhamento, na capital do Estado de São Paulo, Brasil. I. Aspectos demográficos, *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 303-312, set 1975.

ROUQUETTE, M. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos In MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

ROZEMBERG, B. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 30-46, 1994.

SANTOS, J. S.; BARROS, M. D. de A. Idosos do município de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v 17, n.3, p. 177-186, 2008.

SANTOS, M. de F. de S. Representação social e identidade. In MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 51-159.

SCLIAR, M. J. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: SENAC, 2002.

SEBASTIANI, R. W. História e evolução da Psicologia da saúde numa perspectiva latino-americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Pioneira, 2000. cap 6, p. 201-222.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, L. J. da. Crescimento urbano e doença: esquistossomose no município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-7, 1985.

SILVA, L. M. A. e; GOMES, E. T. A.; SANTOS, M. de F. de S. Diferentes olhares sobre a natureza – representação social como instrumento para a educação ambiental. *Estudos de psicologia*, Natal, v. 10, n. 1, p. 41-51, 2005.

SILVA; M. A. de M.; QUEIROZ, M. de S. Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil. *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre v. 18, n. 1, p. 31-39, 2006.

SINGER, P. I. Migrações internas: considerações teóricas sobre seu estudo. In: Hélio A. de M. (coordenador). *Migração interna: textos selecionados*. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil S.A., 1980. p. 211-244.

SOUZA, D. V. de; ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre o meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 76-85, 2003.

SOUZA, J. C. de. Ocupações de áreas urbanas em São Paulo: Trajetórias de vida: linguagens e representações. *Revista brasileira de história*, São Paulo, v. 18, n. 35, p. 361-373, 1998.

SOUZA, S. L. de; DOURADO, M. I. C.; NORONHA, C. V. Migrações internas e malária urbana – Bahia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 347-351, 1986.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. cap. 3, p. 63-92.

SPINK, M. J. P. O conceito de Representação Social na abordagem Psicossocial. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993.

SPINK, M. J. P. *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

STROEBE, W.; M. S. STROEBE. *Psicologia Social e Saúde*. Portugal: Instituto Piaget, 1995.

TASSARA, E. T. de O. Psicologia Ambiental e futuro – reflexões geopolíticas sobre política ambiental. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 261- 267, 2005.

TASSARA, E. T. de O. Sincronias e diacronias: um recorte possível da Psicologia ambiental no contexto contemporâneo das questões ambientais. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 295- 298, 2005.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZ, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 7, n. 2, p. 351-359, 2002.

UZZELL, M. Questionando os métodos na pesquisa e na prática interdisciplinares da psicologia ambiental. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 16, n. 1-2, p. 185- 199, 2005.

WIESENFELD, E. A psicologia ambiental e as diversas realidades humanas. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n. 1-2, p. 53- 69, 2005.

YAP, L. A migração interna e o desenvolvimento econômico do Brasil. In: MOURA, H. A. de (coordenador) *Migração interna: textos selecionados*. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil S.A., 1980. p. 779-806.

YUNES, M. A. M. Psicologia Positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 8, n.. esp., p. 75-84, 2003.

APÊDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1- Idade: Sexo: Estado civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Religião: Praticante: sim () não ()

Tempo de moradia no novo local?

Com quem você mora?

Parentesco	Idade
1- _____	_____
2- _____	_____
3- _____	_____
4- _____	_____
5- _____	_____

Quantas pessoas trabalham? _____

Renda Familiar: _____

O que o Sr. (ou a Sr^a) da mais valor na sua vida?

O Sr. (ou a Sr^a) gostaria de falar sobre alguma outra coisa que ache tão importante quanto a primeira?

COMPREENÇÃO DO PROCESSO MIGRATÓRIO E O AMBIENTE

- O Sr. (ou a Sr^a) pode falar sobre como era o local que você morava antes?
- O que o Sr. (ou a Sr^a) achou de ter se mudado?
- Desde que o Sr. (ou a Sr^a) mudou-se, como tem sido sua vida aqui?
- Você percebe alguma relação entre a mudança do local de moradia e a sua saúde?

- Você identifica em seu bairro algum problema que interfere na sua saúde?
- E no local que você morava antes, quais os problemas tinham lá?
- Foi convidado à participar de alguma atividade em sua comunidade que tratasse sobre preservação ambiental, ou algo que relacionasse o cuidado com o bairro?
- O Sr (ou a Sr^a) já participou?
- Como foi à experiência?

CONCEITUAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- O que é saúde para você?
- O que é doença para você?
- Como você se sente agora? Por quê?
- Quem você acha que é responsável pela sua saúde?

O que você acha que interferiu na sua saúde depois que você mudou?

Em sua opinião, o que pode contribuir para a saúde das pessoas que precisam se mudar para outro ambiente?

Como você acha que o ambiente interfere na sua saúde?

O que você acha que as pessoas podem fazer no ambiente para melhorar a sua saúde?

Por qual motivo o Sr. ou Sr^a morava no seu antigo local de moradia?

Onde o Sr. ou Sr^a nasceu?

APÊDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou realizando a minha pesquisa de mestrado sobre “O processo de migração na relação saúde-ambiente”, com o objetivo de compreender a relação do ambiente físico e a saúde, de pessoas que passaram por um processo de mudança de local de moradia na cidade de Campo Grande

Trabalhar com essa temática pode contribuir na realização e otimização de futuros projetos desenvolvidos no Estado de Mato Grosso do Sul que envolvam o processo de migração de populações. Além disso, identificar como as pessoas percebem a relação entre saúde e ambiente, pode contribuir no desenvolvimento de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Dessa forma, gostaria de contar com a sua colaboração. Se você concordar em participar, você irá responder a uma entrevista, sobre migração, ambiente e o processo saúde-doença. A entrevista será gravada.

Esteja seguro(a) da completa confidencialidade dos dados. Na realidade, eu não vou perguntar o seu nome para manter o seu anonimato. Sua participação é voluntária e a sua recusa não envolve qualquer penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento e deixar de responder a qualquer pergunta. Os resultados da pesquisa serão divulgados de forma agrupada em revistas científicas e congressos, não havendo a possibilidade de identificar quem participou da mesma.

A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Abaixo coloquei o meu nome e o da minha orientadora com nossos telefones para que, havendo alguma dúvida, sinta-se à vontade para nos procurar e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB.

Mestranda: Dalila Castelliano Baldutti
Av. Afonso Pena 2240, ap. 44, Centro, Campo Grande-MS
CPF: 054812784-05
RG: 073760484 – 3 MD
Telefone: 9219-3170

Orientadora: Angela Elizabeth Lapa Coêlho
Av. Tamandaré 6000, Jardim Seminário, Campo Grande-MS
CPF:
RG:
Telefone: 3312-3585

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB
Av. Tamandaré 6000, Jardim Seminário, Campo Grande-MS
Telefone: 3312-3614

Agradeço a sua colaboração.

Eu li as informações acima e concordo em participar da pesquisa.

Data:.....

Nome:.....

Assinatura:.....

ANEXO



Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

Campo Grande, 07 de outubro de 2008.

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto **"O processo de migração na relação saúde-ambiente"** sob a responsabilidade de **Dália Castelliano Baldutti**, orientação de Angela Elizabeth Lapa Coêlho, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.

Susana Elisa Moreno
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco