

Psicologia da Saúde Crítica: Breve revisão e perspectiva existencialista

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (*)

1. INTRODUÇÃO

A *psicologia da saúde crítica* (PSC) emergiu nos anos 1990, diferenciando-se da psicologia da saúde tradicional (PST) pela sua aposta num posicionamento de *reflexão crítica* (Hepworth, 2006; Murray & Poland, 2006). Este posicionamento não representa somente uma atitude crítica face à psicologia da saúde tradicional. Pelo contrário, diz respeito a três aspectos essenciais (Hepworth, 2006): a relação diferencial entre psicologia da saúde tradicional e a crítica; a natureza do movimento crítico em saúde e, ainda, o significado da posição crítica. Neste âmbito, colocam-se cinco *questionamentos* fundamentais:

- Será que a psicologia da saúde veio trazer realmente benefícios para a saúde?
- Que saúde é beneficiada pela psicologia da saúde?
- Quem beneficia com a psicologia da saúde?
- Que parcerias têm carácter estratégico para os psicólogos da saúde?
- A perspectiva crítica é apenas uma perspectiva complementar em psicologia da saúde?

A principal tarefa é a de promover uma reflexão sobre a utilidade dos modelos teóricos e das metodologias de investigação e intervenção da psicologia da saúde para a promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades. Por exemplo, saber se a abordagem individualista que procura explicar os determinantes dos comportamentos relacionados com a

saúde não contribuirá para mascarar o papel das desigualdades sociais nos padrões de saúde e doença em diferentes países. Ou seja, sendo verdade que é necessário identificar os factores psicológicos individuais associados à saúde e às doenças é indispensável estudá-los em contexto social, económico e cultural.

Para responder a esses questionamentos é importante ter em conta que as teorias em psicologia da saúde foram predominantemente desenvolvidas num contexto cultural concreto – o anglo-saxónico – em especial nos Estados Unidos da América e nos países de língua inglesa da Europa e da Commonwealth (Marks, 2000, citado por Lyons & Chamberlain, 2006). A produção do conhecimento científico assenta em investigação realizada em países desenvolvidos. Estes factos tornam compreensível que entre os principais traços da psicologia da saúde tradicional se encontrem o individualismo, o positivismo, o domínio dos modelos cognitivos na explicação dos determinantes dos comportamentos relacionados com a saúde e as doenças, bem como a ausência de teorização sobre o corporalidade.

Mais do que uma crítica da psicologia da saúde tradicional (“mainstream”), que também é, a psicologia da saúde crítica é uma *tentativa de desenvolvimento de novas formas de pensar a saúde e as doenças* e de novas estratégias de participação da psicologia na transformação de um mundo pouco saudável (Murray & Poland, 2006). Trata-se, portanto, também de uma nova forma de pensar e de transformar a intervenção dos psicólogos no sistema de prestação dos cuidados de saúde e na comunidade.

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial.

Para nós, em Portugal, pode ser particularmente importante, não só porque nos últimos anos registou-se aumento das desigualdades sociais, certamente com influência nas experiências de saúde e doença de indivíduos de grupos sociais diferentes e tem havido grandes mudanças na política de saúde com reflexos no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas também porque a psicologia da saúde mostra alguns sintomas de colonização mais ou menos acrítica pelos modelos anglo-saxónicos tradicionais. A isso não será alheio também o facto da psicologia da saúde portuguesa mostrar-se bastante mais centrada em dimensões psicológicas das doenças do que nas da saúde, a coberto de uma retórica biopsicossocial na qual, tal como no modelo biomédico, as doenças são representadas de forma separada da sua experiência psicológica e o corpo é visto como um objecto a ser tratado, mas separado da pessoa.

Segundo Marks (1996), Rogers (2002), Radley (2002), Hepworth (2006) e Murray e Poland (2006), a psicologia da saúde crítica (PSC) discorda da psicologia da saúde tradicional (PST) em relação aos seguintes aspectos:

- Alinhamento com o pensamento científico tradicional (leia-se positivista) e orientação tendencialmente seguidista em relação à Medicina
- Impermeabilidade em relação à carreira profissional nos serviços de saúde, mantendo-se num registo académico, tendencialmente desligado das práticas profissionais
- Reduccionismo individualista e alheamento em relação à influência das desigualdades sociais na saúde, separando os indivíduos das suas experiências e condições de vida concretas
- Fixação aos modelos de cognição social e às metodologias de investigação quantitativas
- Abordagem des-contextualizada dos comportamentos relacionados com a saúde em termos sociais e culturais, nomeadamente no referente às influências do estatuto socio-económico, diferenças de género e diversidade cultural
- Natureza ideológica e etnocêntrica da PST, aliada da ideologia oficial da saúde que acentua a importância do auto-controlo individual, em desfavor de uma abordagem que contribua para aumentar o poder das pessoas e o seu envolvimento na transformação social e na saúde.

Parece consensual que, com a sua orientação positivista e a sua finalidade de promover o ajustamento individual aos problemas de saúde e às

doenças sem questionar os modelos de prestação dos cuidados de saúde, a PST tem vindo a credibilizar-se junto das outras ciências da saúde e dos médicos. Em contrapartida, pagou um preço alto: *falhou na compreensão das experiências psicológicas e dos seus significados, uma vez que se afastou dos paradigmas compreensivos*. Não conseguiu captar outros aspectos importantes que estão envolvidos (Crossley, 2001): valores, moralidade e reflectividade. Como refere Murray *et al.* (2004), não focalizou na compreensão das experiências de saúde e das doenças nem nos determinantes macrossociais da saúde e das doenças.

A psicologia da saúde crítica tem-se preocupado com a análise das estruturas sociais e dos aspectos económicos e políticos que produzem a saúde, a doença, a prestação dos cuidados de saúde e a própria psicologia da saúde (Marks, 2004a), ou seja, como é que o poder, a economia e os processos sociais influenciam a saúde, o sistema de saúde e a própria psicologia da saúde. Essa análise da influência das relações de poder sobre a saúde deve ser feita quer a nível individual, das relações interpessoais e familiares, mas também a nível dos grupos e da comunidade (Prilleltensky, 2003). Mas também das escolhas que são feitas no campo científico por investigadores em termos de selecção de problemas de investigação e por parte dos profissionais em termos de modelos de intervenção. Assim, a preocupação central é a de saber *como é que o poder influencia diferentes experiências individuais e familiares de saúde e doença, o sistema de prestação de cuidados de saúde e as políticas de saúde*. Saber se dá ou não dá prioridade à justiça social e ao direito à saúde das pessoas de todas as culturas, géneros, idades e estatuto socio-económico.

O desenvolvimento científico da PSC está relacionado com uma revista especializada, o *Journal of Health Psychology* (Sage Publications) e com uma sociedade científica, a *International Society of Critical Health Psychology*. Entre os autores mais destacados contam-se David Marks, Michael Murray, Kerry Chamberlain, Lucy Yardley, Alan Radley, Jonathan Smith, Mandy Morgan, Robert Kugelman, Uwe Flick, Carla Willig, G. Polland, F. Cornish, Julie Hepworth, Sue Dalton e Antonia Lyons.

A *International Society of Critical Health Psychology* (ISCHP), com aproximadamente 200 membros de 25 países, organiza uma conferência de dois em dois anos. A primeira (*First International Conference on Critical and Qualitative Approaches to*

Health Psychology) teve lugar no Canadá, em 1999. A mais recente (*The Fifth Biennial Conference ISCHP 2007*) decorreu em Julho de 2007, em Boston (USA), com a participação de psicólogos ingleses, norte-americanos, canadianos, brasileiros, alemães, italianos, israelitas, sul-africanos, australianos e neo-zelandeses, entre outros. Os objectivos principais da ISCHP são: promover debate sobre ideias críticas, métodos qualitativos de investigação e questões sociais, políticas e culturais em psicologia da saúde; facilitar contacto e colaboração entre psicólogos da saúde críticos e promover o desenvolvimento de recursos e de oportunidades de formação em psicologia da saúde crítica.

O essencial é considerar que *indivíduos com diferentes estatutos socio-económicos, em diferentes contextos culturais, com diferenças de género, em diferentes fases do ciclo de vida e com diferentes orientações sexuais, têm experiências diferentes dos acontecimentos vividos, da saúde, das doenças e da própria interacção com os técnicos de saúde no sistema de prestação de cuidados*. Por isso, é necessário conhecer como é que as experiências, valores e conhecimentos podem variar em diferentes contextos e o que é que isso significa para os indivíduos (Lyons & Chamberlain, 2006), bem como para a sua saúde e para o seu acesso ao sistema de cuidados de saúde.

O *pensamento crítico* que está subjacente diz respeito a alternativas conceptuais e metodológicas, bem como a temas concretos de investigação e às suas consequências (Hepworth, 2006) e caracteriza-se por (Murray & Polland, 2006; Lyons & Chamberlain, 2006): assentar numa análise histórica; movimentar-se do pessoal/individual para o social/estrutural e vice-versa, pondo em evidência as relações dialécticas entre os dois; identificar causas dos problemas de saúde no contexto das estruturas económicas e das práticas sociais e culturais, incluindo os efeitos da globalização; relacionar as experiências de saúde e doenças com o contexto onde se desenvolvem, recusando a ideologia individualista; analisar a investigação, colocando questões sobre os métodos de investigação, o tipo de amostras e a consideração de aspectos sociais e culturais, entre outros; saber que temas são seleccionados para investigar e quais os determinantes sociais e culturais dessas escolhas, bem como saber que grupos são ignorados pelos investigadores e porquê; questionar e reflectir sobre os valores subjacentes à própria psicologia da saúde.

Para além de procurar a compreensão das experiências psicológicas relacionadas com a saúde, as doenças e a prestação dos cuidados de saúde em relação com os contextos sociais, culturais e económicos onde se produzem, concordamos com os autores para os quais a natureza “crítica” da PSC diz essencialmente respeito à possibilidade de, através de diferentes teorias e métodos, poder contribuir para mudanças sociais relacionadas com a saúde, nomeadamente no que se refere às influências que as desigualdades sociais podem ter nas experiências e comportamentos de saúde, mas também na prestação dos cuidados de saúde. Contudo, consideramos que essa natureza “crítica” não estará completa se não houver, simultaneamente, uma intervenção que, ao nível individual, promova uma consciência crítica cada vez maior da relação entre a saúde e a situação concreta em que o próprio vive.

No plano da intervenção, para a psicologia da saúde crítica são relevantes o desenvolvimento de parcerias com organizações de doentes e ex-doentes, a dinamização da ajuda mútua e o envolvimento da comunidade na saúde.

2. TEORIA, CONTEXTOS, INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO

Segundo Murray (2004, 2002), a psicologia da saúde crítica (PSC) organiza-se em *quatro áreas*, que são inter-relacionadas: teoria, contextos, métodos de investigação e prática profissional.

2.1. Teoria

Pretende-se que a dimensão teórica em psicologia da saúde seja *reflexiva, relacional e experiencial*, procure também analisar os *valores, assunções e práticas* dos psicólogos e dos outros profissionais da saúde. Em especial, mais do que modelos teóricos agregativos (como o modelo biopsicossocial), são necessários modelos integrativos (como, por exemplo, o modelo ecológico de Bronfenbrenner, 1979) que distinguem níveis diferentes (individuais, familiares, sociais, etc.), mas enfatizam como é que esses níveis se relacionam uns com os outros (Lyons & Chamberlain, 2006b). A integração teórica consiste em teorizar sobre as relações entre diferentes níveis e sobre os processos que ocorrem entre esses níveis (Cornish, 2004), incluindo a reflexão sobre o papel do investigador, a consideração explícita dos aspectos éticos

QUADRO 1
Psicologia da saúde tradicional (PST) versus psicologia da saúde crítica (PSC)

	PST	PSC
Foco	Indivíduo com doença física e disfunção	Experiências e significados da saúde e das doenças
Modelo teórico	Biopsicossocial	Hermenêutico
Valores	Promover o bem-estar e a qualidade de vida	Evidenciar a natureza política da saúde humana Analisar políticas de saúde
Contexto	Serviços de saúde	Sistema de saúde, comunidade
Objectivos	Melhorar a eficácia das intervenções biomédicas	Promover igualdade de oportunidades no acesso aos recursos de saúde
Conceito de saúde	Bem-estar subjectivo Qualidade de vida	Modo de existir
Investigação	Paradigma lógico-dedutivo Metodologias quantitativas	Paradigma compreensivo Metodologias qualitativas e participadas
Intervenção	Individual	Indivíduos, grupos, comunidade
Estatuto profissional	Perito especializado	Recurso de colaboração
Estatuto do utente	Aderente às recomendações dos técnicos de saúde	Participante activo e envolvido na sua própria saúde
Ética	Ética individual, neutralidade, aceitação do status quo	Ética social, valores de emancipação e de mudança social
Relações interdisciplinares	Medicina, psiquiatria, serviço social	Sociologia, ciências da saúde, filosofia, política

da produção do conhecimento e os interesses dos indivíduos envolvidos nos estudos.

Mais especificamente merecem atenção do ponto de vista dos modelos teóricos:

- A promoção de uma abordagem crítica do modelo biomédico, integrando as experiências individuais com os determinantes sociais e políticos da saúde e das doenças (Stam, 2004) e pondo em evidência as suas relações com o poder económico (Kugelman, 2004)
- O desenvolvimento de uma compreensão da experiência de sofrimento individual, integrada nos contextos sociais e culturais onde se produz (Radley, 2004)
- O desenvolvimento de uma abordagem hermenêutica da saúde e das doenças, utilizando o método fenomenológico, representando-as

como *modos de existir*, com dimensões temporais, espaciais, corporais e sociais (Kugelman, 2004).

2.2. Contextos sociais e culturais

Sendo indispensável considerar os significados sociais e culturais dos comportamentos relacionados com a saúde, as questões relacionadas com a saúde e doença individuais devem ser contextualizadas (princípio da contextualização) em relação às *estruturas sociais e económicas*, às políticas de saúde, nomeadamente: participação no *desenvolvimento comunitário* e nos processos de mudança social tendentes a contrariar a influência das desigualdades sociais e da pobreza sobre a saúde e doenças (Marks, 2004b); desenvolvimento de uma *abordagem feminista* na compreensão das experiências de saúde e doença, necessária a partir das influências de

género, nomeadamente tendo em conta a opressão e a violência contra as mulheres (Wilkinson, 2004), acabando com a invisibilidade e com a distorção das experiências femininas na saúde (Ussher, 1999); desenvolvimento de uma perspectiva que relacione *cultura*, saúde e doenças, questionando criticamente a influência da globalização e das culturas locais e promovendo o *empowerment* das minorias étnicas e culturais (MacLahlan, 2004), mas que também compreenda a dinâmica relacional entre indivíduos com diferente poder económico em contextos de saúde (Selby, 1999).

Para além dos aspectos acima mencionados, há que ter também em consideração o próprio contexto de prestação dos cuidados de saúde, uma vez que as interações dos psicólogos, médicos e outros técnicos de saúde com os utentes são interações que estão no *contexto do sistema de saúde*, um sistema em mudança rápida, mas também em Portugal cada vez mais marcado por tendências essenciais:

- Pressões exercidas sobre os técnicos de saúde para aumentarem cada vez mais a eficiência e a produtividade
- Importância crescente das novas tecnologias médicas de diagnóstico e tratamento
- Alteração significativa da geometria dos sectores público e privado, comprometendo o futuro do serviço público de saúde (OPSS, 2008).

Em muitas circunstâncias, estas três tendências, frequentemente consideradas como “inevitáveis”, confluem para ameaças significativas à humanização dos serviços, à acessibilidade e à qualidade dos cuidados de saúde, por vezes mesmo aos direitos dos utentes.

2.3. Métodos de investigação

Os métodos de investigação devem ser *críticos*, *participados* e *éticos*. Não tem que haver uma ligação específica da PSC a determinados métodos de investigação, nomeadamente aos métodos qualitativos. Esta associação preferencial deve-se ao facto da natureza das questões a investigar se adequar melhor a métodos qualitativos (Lyons & Chamberlain, 2006b).

Enfatiza-se o carácter *reflexivo* da investigação, isto é, a identificação e explicação do papel dos valores, assunções, escolhas e decisões na investigação (Chamberlain, 2004). Trata-se de reflectir sobre o propósito da investigação e sobre a possi-

bilidade da investigação também contribuir para aumentar o poder dos indivíduos e das comunidades. É necessário que o discurso crítico conduza ao desenvolvimento de alternativas, quer conceptuais e metodológicas quer de intervenção na comunidade (Flick, 2006). Neste particular, é necessário sair dos círculos académicos e começar a partilhar resultados da investigação com cada vez maiores audiências (Estacio, 2006) e responder às necessidades identificadas nos serviços de saúde e na comunidade.

Parte significativa da investigação em psicologia da saúde crítica tem sido realizada com diferentes análises do discurso, mas ainda é necessário averiguar melhor as relações entre o discurso, as práticas, a experiência e a subjectividade (Willig, 2000). Contudo, os métodos de investigação não devem ser reificados em desfavor da reflexão crítica sobre a investigação em si própria. Além disto, é importante terem conta que:

- A investigação qualitativa pode ser utilizada como uma intervenção que estimule a mudança social, em particular os métodos narrativos e a etnografia (Flick, 2004)
- A *ground theory* oferece grandes potencialidades para a investigação psicológica na saúde (Chamberlain, 1999), bem como a análise fenomenológica interpretativa (Smith, Jarman & Osborn, 1999; Smith, Flowers & Osborn, 1997)
- Podem ser utilizadas diferentes modalidades de análise do discurso, nomeadamente psicologia discursiva, para a compreensão das dinâmicas de interação social no sistema de prestação de cuidados de saúde e análise do discurso baseada em Foucault, com especial interesse para compreender os significados dos comportamentos relacionados com a saúde e as experiências de saúde e doenças (Willig, 2004; Morgan, 1999).

Em síntese, isto quer dizer que a investigação tende a ser realizada com práticas diferenciadas, sustentadas em várias técnicas interpretativas.

2.4. Prática profissional

Em psicologia da saúde crítica (PSC) a prática profissional deve ser, preferencialmente, de base comunitária, focalizada no *empowerment* e na participação dos utentes e enfatizando também os valores da colaboração, *caring* e justiça social.

Trata-se de uma prática que encontra o seu local privilegiado de desenvolvimento nos cuidados de saúde primários (Centros de Saúde), exige envolvimento e reflexão sobre as políticas de saúde e sobre aspectos da organização do sistema de saúde, em especial porque o principal empregador dos psicólogos da saúde é o Estado, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Tal como noutros países (Stam, 2000), também em Portugal os psicólogos parecem estar mais ou menos alheados dos debates sobre o sistema de prestação dos cuidados de saúde. Contudo, isto é importante para explicitar os papéis profissionais dentro do contexto organizacional, quer na intervenção quer na investigação, encontrando alternativas para transformar resultados de investigação em recomendações para a intervenção dos profissionais. No plano da prática em psicologia da saúde, a partir da perspectiva crítica, destacam-se os seguintes aspectos:

- A possibilidade de considerar *níveis de intervenção baseada em valores* (Prilleltensky & Prilleltensky, 2003): promoção do *bem-estar pessoal*, focalizado na auto-determinação, protecção da saúde e prestação de cuidados; promoção do *bem-estar relacional*, focalizado na colaboração, participação democrática e respeito pela diversidade e promoção do *bem-estar colectivo*, focalizado no suporte comunitário e justiça social
- As narrativas e a teoria das representações sociais da saúde e das doenças podem ser oportunidades para *criar alternativas na promoção da saúde* das comunidades locais e das minorias e grupos sociais fragilizados (Murray, 2004; Curtis, Bryce & Treloar, 1999)
- A *investigação-acção participada* pode desempenhar papel importante na promoção da saúde das minorias (Brydon-Miller, 2004) e de outros grupos sociais
- A promoção da saúde assenta em *programas comunitários* que, visando a acção colectiva, a influência de pares e o *empowerment* comunitário podem contribuir para mais comportamentos saudáveis (Campbell, 2004).

A definição da agenda dos psicólogos da saúde deve ser prioritariamente feita a partir dos problemas e do sofrimento dos utentes e não das necessidades dos outros técnicos de saúde e/ou dos serviços de saúde nem de interesses académicos.

Para alguns autores como Vink e Meganck (2006),

mais do que uma PSC como disciplina separada, é mais importante que os psicólogos desenvolvam *uma atitude crítica em psicologia da saúde*, que pode incluir aspectos éticos, ideológicos, metodológicos, teóricos e profissionais. Esta espécie de complementaridade não pode moderar a atitude crítica de base que, inclusivamente, pode focalizar na própria psicologia da saúde crítica.

Por exemplo, *faltam reflexões* sobre vários fenómenos que podem influenciar as experiências de saúde e doenças, tais como: consumismo nos cuidados de saúde; imperialismo tecnológico nos cuidados médicos; construção social/médica das doenças emergentes e das doenças medicamente inexplicáveis; influências da indústria farmacêutica e *disease mongering*.

Assim, concordamos mais com Fox (2003) que, citando Prilleltensky, refere que a psicologia da saúde crítica não serve para complementar a psicologia da saúde mas sim para *transformá-la*.

3. VALORES, ASSUNÇÕES E PRÁTICAS

Segundo Marks (2004a), a abordagem crítica em psicologia da saúde diz respeito à análise das estruturas sociais e dos aspectos sociais, económicos e políticos que produzem a saúde, as doenças e a prestação de cuidados de saúde. É neste âmbito que pode situar-se o conceito de *validade psicopolítica*. Trata-se de um conceito introduzido por Prilleltensky (2003), significa *poder dos domínios psicológico e político na saúde em vários níveis de análise*, conceito a aplicar à *investigação* (nível epistémico) e à *intervenção* (nível de transformação social). Implica um processo de consciencialização sobre o papel do poder no bem-estar, opressão e libertação, nos domínios pessoal, relacional e colectivo. Decorre desse conceito a definição de valores, assunções e práticas que, desse ponto de vista, devem caracterizar a investigação e a intervenção em psicologia da saúde. De acordo com Prilleltensky e Nelson (2002) e Murray e col. (2004), são os seguintes os *valores, assunções e práticas* em psicologia da saúde crítica.

3.1. Valores

Conteúdo – A preocupação com a autonomia dos utentes deve seguir a par com a prestação dos cuidados de saúde. Devem ser considerados

os impactes que os poderes institucionais podem ter sobre o *empowerment* e auto-determinação dos utentes. A coesão social e o envolvimento da comunidade podem beneficiar a saúde comunitária

Processo – Mostrar cuidado para com os utentes dos serviços de saúde em termos de sentimento de comunidade, suporte social e integração. Respeitar as diferentes identidades sociais. Facilitar as possibilidades dos utentes desenvolverem objectivos pessoais, apesar da doença e da incapacidade. Envolver a comunidade em actividades relacionadas com a saúde. Estabelecer parcerias com organizações comunitárias para promover a equidade em saúde.

3.2. Assunções

Conteúdo – Assegurar-se que a definição dos problemas de saúde inclui a participação dos utentes e não fica reduzida à opinião dos profissionais. Focalizar nas capacidades dos utentes tal como são percebidas por eles próprios. Evitar reduzir todos os comportamentos dos utentes à patologia

Processo – Actuar mais como um recurso de colaboração do que como um perito. Comprometer os utentes activamente nos processos de saúde e de auto-ajuda. Considerar alternativas aos tratamentos médicos, tais como actividades de promoção da saúde e prevenção relacionadas com o estilo de vida e mudança de comportamentos. Promover intervenções não profissionais como os grupos de ajuda mútua. Criar oportunidades para que os utentes possam apresentar os seus pontos de vista, envolvendo-se e participando nos serviços de saúde. Reforçar o consentimento informado e promover a observação da confidencialidade.

3.3. Práticas

Conteúdo – Considerar intervenções mais pró-activas do que reactivas. Ter em conta as influências do contexto social, diversidade cultural e estatuto socio-económico nos processos de saúde e doença

Processo – Colaborar com as organizações comunitárias na identificação das necessidades de saúde da população. Criar parcerias de solidariedade com os grupos comunitários afectados pelos problemas de saúde. Promover a educação política e a acção social que possam conduzir ao desenvolvimento local de organizações promotoras de saúde.

4. PARA UMA PERSPECTIVA EXISTENCIALISTA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Em nossa opinião, o quadro de referência da psicologia da saúde crítica é justamente aquele que abre a possibilidade de desenvolvermos uma *perspectiva existencialista em psicologia da saúde*, na qual saúde e doenças se revelam como *modos de existir* (Kugelman, 2004) que envolvem simultaneamente, e de forma indissociável, o ser e o seu-mundo e aparecem como modos de existir. Uma perspectiva desta natureza envolve uma aproximação fenomenológica da saúde e doenças que começa na descrição das *experiências de estar-saudável* e de *estar-doente*, mas que se continua na compreensão dos seus significados através da psicologia existencial. Concordamos com Kugelman (2004), para quem a psicologia da saúde crítica necessita de uma antropologia adequada, isto é, ao mesmo tempo que é uma ciência aplicada e empírica, necessita de ancorar em pressupostos filosóficos.

Aquela aproximação fenomenológica da saúde e das doenças implica considerar que elas existem na situação total em que o indivíduo se encontra, tendo forma espacial (têm lugar num espaço físico, familiar e cultural), temporal (comprometem o futuro) e corporal (têm lugar no corpo vivido). A interpretação individual da doença é feita em termos biográficos, mas também através de significados sociais, culturais e históricos (Toombs, 1992). Ou seja, relaciona-se com o *Homem concreto em situação*.

Isto quer dizer que a compreensão dos processos de saúde e doenças dos indivíduos deve ser feita a partir do seu existir concreto no mundo, uma vez que são processos construídos pelo ser na sua relação dialéctica com o contexto antropológico e sociológico e não meramente condições fisiológicas individuais. Estas condições fisiológicas são objectivações biomédicas de dramas existenciais (Kugelman, 2004), que não dispensam uma compreensão antropológica, já que, por exemplo, a experiência individual da doença depende da cultura, género e estatuto socio-económico de quem está doente. Por seu turno, a interpretação do adoecer é feita através de significados biográficos mas também sociais, culturais e históricos (Toombs, 1992).

É uma perspectiva ainda não suficientemente desenvolvida em psicologia da saúde, apesar dos estudos realizados na área da saúde mental, nomeadamente por Rowe (1994), Karp (1996) e Chadwick (1997) a propósito de esquizofrenia e de depressões

e, também, das perspectivas fenomenológicas desenvolvidas por Smith, Flowers e Osborn (1999, 1997).

Esta perspectiva tem em conta que estilos de vida caracterizados por comportamentos saudáveis ou de risco, para além de poderem ter significado no processo de construção de identidades sociais podem representar formas de lidar com problemas e/ou situações experimentadas como insuportáveis ou seja, podem ter significados existenciais associados ao evitamento da angústia resultante do confronto com dados da existência, dilemas e crises existenciais.

Além disso, as doenças físicas e/ou deficiências confrontam frequentemente o próprio com dados da existência, conduzindo a experiências de contingência, limitação da liberdade de escolha, solidão e vazio existencial, constituindo-se, assim, como possíveis fontes de angústia, frustração e dilemas existenciais, como tem sido posto em evidência, por exemplo, em doentes crónicos (Lyon & Younger, 2001; Bury, 1988) e terminais (Yedidia & MacGregor, 2001; Bolmsjo, 2000). Ao lado desta qualidade existencial de *limitação* e, conseqüentemente, de frustração da existência enquanto projecto de ser, as doenças podem associar-se a um *crédito* (Chadwick, 1997) ou *valor positivo* (Janoff-Bulman & Frantz, 1997), que tem sido evidenciado a propósito de várias doenças, nomeadamente esclerose múltipla, enfarte do miocárdio, cancro e VIH/SIDA (Pakenham, 2008; Correia, 2006, 2005; Milton, 1997; Schulz & Mohamed, 2004; Sears, Stanton & Danoff-Berg, 2003; Petrie, Buick, Weinman & Booth, 1999; Crossley, 1998; Milton, 1994), revelando o adoecer como uma oportunidade para questionar-se e tornar-se mais autêntico em relação a si próprio e aos outros. Neste sentido, o adoecer aparece simultaneamente como uma experiência de sofrimento e uma oportunidade para questionar a sua existência, desafiando a autenticidade e criando abertura a novas possibilidades de desenvolvimento pessoal e existencial.

O âmbito de aplicação desta perspectiva em psicologia da saúde pode ser diverso e dizer respeito às diferentes modalidades diferentes de estar-no-mundo com situações de ameaça para a saúde/comportamentos de risco, doenças (físicas ou mentais) e deficiências.

No entanto, julgamos que é necessário superar dialecticamente a ideologia individualista da psicologia da saúde tradicional e, ao mesmo tempo, o viés sociologista da psicologia da saúde crítica. Assim, uma *perspectiva existencialista em psicologia da*

saúde assenta numa compreensão das experiências de saúde e doença simultaneamente a partir de dois aspectos:

- Os factores do contexto antropológico e social onde se constituíram os padrões comportamentais de risco para a saúde e/ou as doenças
- As escolhas individuais que – mediatizadas pelo comportamento – podem influenciar a saúde.

Deste modo, as experiências de saúde e doenças, e os seus significados, integram-se na totalização da existência, isto é, na relação viva e dinâmica entre o ser e o seu-mundo, suportada pela *praxis* individual. Procura-se uma análise do existente que permita aceder, através do método fenomenológico, ao significado existencial da experiência de saúde/doenças na totalidade da existência concreta.

O seu *objecto de estudo* é a análise do projecto existencial de indivíduos em diferentes contextos de saúde e/ou reabilitação, considerando que o projecto existencial é a chave organizadora da sua existência, continuidade compreensível (coerência) entre vivências passadas, presentes e futuras que está presente no discurso e que envolve construções pessoais duradouras e significativas dos sentimentos, compromisso e realização de si próprio, bem como as escolhas que faz em situação. Tem-se em conta que a existência é vista como o projecto de ser, que tem uma estrutura narrativa e pode ser frustrada pelas ameaças para a saúde e pelas doenças.

O *objectivo* é investigar como é que diferentes situações de ameaça para a saúde/comportamentos de risco, doenças e/ou deficiências se podem constituir como eventuais *limitações* ao desenvolvimento do projecto existencial e quais são as modalidades de construção do discurso nessas situações. Ao mesmo tempo, pode investigar-se como é que essas situações se podem constituir como uma oportunidade e *desafio* para que o indivíduo possa questionar-se e conferir maior autenticidade e sentido à sua existência. Mais especificamente, pretendem-se estudar as modalidades de construção do seu-mundo para:

- Saber se existem modalidades específicas de fracasso do projecto existencial
- Conhecer as semelhanças e diferenças na estruturação do seu-mundo em indivíduos com comportamentos de risco para a saúde, com várias doenças (físicas e mentais) e/ou deficiências.

QUADRO 2
Perspectiva existencialista em psicologia da saúde

Âmbito	Modalidades diferentes de estar-no-mundo com várias situações de ameaça para a saúde / comportamentos de risco, doença e/ou deficiência
Objecto	Existência enquanto projecto com estrutura narrativa que pode ser limitada por doenças, que também podem ser desafios ao ser
Objectivo	Elucidar o significado (intencionalidade) das modalidades de construção do seu-mundo
Investigação	Hermenêutica do discurso de indivíduos com os mesmos comportamentos de risco para a saúde, doenças e/ou deficiências
Intervenção	Aconselhamento existencial em saúde

A *metodologia* de investigação proposta é uma hermenêutica do discurso, tal como desenvolvida por Villegas (1988), considerando que este é o lugar do seu-mundo onde reside o significado, a intencionalidade que unifica as dimensões afectiva, cognitiva, comportamental e relacional da experiência psicológica. A *técnica* interpretativa a utilizar é a análise semântica de textos de auto-descrição.

A *intervenção* é a que se baseia nos pressupostos da psicoterapia existencial, adaptados aos contextos de saúde sob a forma de *aconselhamento existencial em saúde*, cujos *objectivos gerais* são (Van Deurzen-Smith, 2000, 1996; Erthal, 1999; Teixeira, 2006): facilitar ao indivíduo uma atitude mais autêntica em relação a si próprio, baseada num processo de auto-compreensão; promover uma abertura cada vez maior das perspectivas do indivíduo em relação a si próprio e ao mundo, focalizada na auto-consciência para favorecer um aumento do potencial de escolha; clarificar como agir no futuro em novas direcções, focalizando na auto-determinação enquanto poder de decidir o que lhe convém ser e fazer; facilitar o encontro do indivíduo com o significado da sua existência, focalizando na procura de sentido que permita a auto-realização no vir-a-ser, integrando a situação relacionada com a saúde em que se encontra.

Com a finalidade de ajudar a posicionar-se face à situação de saúde em que se encontra, a intervenção de aconselhamento existencial pode beneficiar de focalizar de forma predominante na *auto-determinação*, para que o paciente possa vir a escolher, a partir da sua individualidade, o que mais lhe convém ser e construir novas alternativas na situação concreta em que se encontra. Ao mesmo tempo, pretende

contribuir para o desenvolvimento de uma *consciência crítica* sobre a influência da situação nas alterações do estado de saúde e na possibilidade de, através delas, vir a encontrar um novo sentido para a sua existência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bolmsjo, I. (2000). Existential issues in palliative care: interviews with cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 16, 20-24.
- Brydon-Miller, M. (2004). Using participatory action research to address community health issues. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 187-202). New York: Palgrave Macmillan.
- Bury, M. (1988). Meanings at risk: the experience of arthritis. In R. Anderson & M. Bury (Eds.), *Living with chronic illness: The experience of patients and their families*. London: Unwin Hyman.
- Campbell, C. (2004). Health psychology and community action. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 203-221). New York: Palgrave Macmillan.
- Chamberlain, K. (2004). Qualitative research, reflexivity and context. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 121-136). New York: Palgrave Macmillan.
- Chadwick, P. (1997). *Schizophrenia: The positive perspective. In search of dignity for schizophrenic people*. London: Routledge.
- Chamberlain, K. (1999). Using ground theory in health psychology. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology. Theories & Methods* (pp. 183-201). London: Sage Publications.
- Cornish, F. (2004). Making 'context' concrete: dialogical approach to the society – health relation. *Journal of Health Psychology*, 9, 281-294.

- Correia, E. A. (2006). Oh if only there were heavenly paths by which to creep into another existence and into happiness. *Existential Analysis*, 17 (1), 123-136.
- Correia, E. A. (2005). "Existere" com o VIH! É possível (com)viver com este vírus? Retrieved June 03, 2006 from <http://www.passoapasso.com.pt/passo>
- Crossley, M. L. (2008). Critical health psychology: Developing and refining the approach. *Social and Personality Psychology Compass*, 2 (1), 21-33.
- Crossley, M. L. (2001). Do we need rethink health psychology? *Psychology, Health and Medicine*, 6, 243-265.
- Crossley, M. L. (1998). A man dying with AIDS: Psychoanalysis or existentialism? *Existential Analysis*, 9 (2), 35-57.
- Curtis, S., Bryce, H., & Treloar, C. (1999). Action research. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology. Theories & Methods* (pp. 202-217). London: Sage Publications.
- Erthal, T. (1999). *Terapia vivencial. Uma abordagem existencial em psicoterapia*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Estacio, E. V. (2006). Going beyond the rethoric. The movement of critical health psychology towards social action. *Journal of Health Psychology*, 11 (3), 347-350.
- Flick, U. (2006). Paradigm lost? Reconsidering health psychology. *Journal of Health Psychology*, 11 (3), 351-354.
- Flik, U. (2004). Qualitative research as social transformation. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 137-154). New York: Palgrave Macmillan.
- Fox, D. (2003). Expanding critical psychology's challenge for health and justice. *Journal of Health Psychology*, 8 (3), 219-221.
- Karp, D. (1996). *Speaking of sadness: Depression, disconnection and the meanings of illness*. New York: Oxford University Press.
- Kugelman, R. (2004). Health and illness: A hermeneutical phenomenological approach. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 44-57). New York: Palgrave Macmillan.
- Lyons, A., & Chamberlain, K. (2006a). Critical health psychology. In Antonia Lyons & Kerry Chamberlain (Eds.), *Health Psychology. A Critical Introduction* (pp. 21-27). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lyons, A., & Chamberlain, K. (2006b). Relocating the field: critical health psychology. In Antonia Lyons & Kerry Chamberlain (Eds.), *Health Psychology. A Critical Introduction* (pp. 347-369). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hepworth, J. (2006). The Emergence of critical health psychology. Can it contribute to promoting public health? *Journal of Health Psychology*, 11 (3), 331-341.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: from meaningless world to meaningful life. In M. Power & C. R. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies* (pp. 91-106). New York: Wiley.
- Lyon, D., & Younger, J. (2001). Purpose in life and depressive symptoms in persons living with HIV disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 129-133.
- Kugelman, R. (2004). Health and illness: A hermeneutical phenomenological approach. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 44-57). New York: Palgrave Macmillan.
- MacLachlan, M. (2004). Culture, empowerment and health. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 101-117). New York: Palgrave Macmillan.
- Marks, D. (2004a). Rights to health, freedom from illness: A life and dead matter. In M. Murray (Ed.), *Critical health psychology* (pp. 61-82). London: Palgrave.
- Marks, D. (2004b). Rights to health, freedom from illness: A life and dead matter. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 61-82). New York: Palgrave Macmillan.
- Marks, D. (2002). Freedom, responsibility and power: contrasting approaches to health psychology (editorial essay). *Journal of Health Psychology*, 7, 5-19.
- Marks, D. (1996). Health psychology in context. *Journal of Health Psychology*, 1, 7-21.
- Milton, M. (1997). An existentia approach to HIV related psychotherapy. *Existential Analysis*, 8 (1), 115-129.
- Morgan, M. (1999). Discourse, health and illness. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology. Theories & Methods* (pp. 64-82). London: Sage Publications.
- Murray, M. (2004). Challenging narratives and social representations. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 171-186). New York: Palgrave Macmillan.
- Murray, M., & Polland, B. (2006). Health psychology and social action. *Journal of Health Psychology*, 11 (3), 379-384.
- Murray, M., Nelson, G., Poland, B., Maticka-Tyndale, E., & Ferris, L. (2004). Assumptions and values of community health psychology. *Journal of Health Psychology*, 9 (2), 323-333.
- OPSS (2008). *Sistema de saúde português: Riscos e incertezas*. Relatório da Primavera 2008.
- Pakenham, K. I. (2008). Making sense of illness or disability. *Journal of Health Psychology*, 13 (1), 93-105.
- Petrie, K., Buick, D., Weinman, J., & Booth, R. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 537-543.
- Prilleltensky, I. (2003). Critical health psychology needs psychopolitical validity. *Health Psychology Update*, 12 (3), 2-11.
- Prilleltensky, I., & Prilleltensky, O. (2003). Towards a critical health psychology. *Journal of Health Psychology*, 8, 197-210.
- Prilleltensky, I., & Nelson, G. (2002). *Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings*. London: MacMillan/Palgrave.
- Radley, A. (2004). Suffering. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 31-43). New York: Palgrave Macmillan.

- Radley, A. (2002). Health psychology, embodiment and the question of vulnerability. In D. F. Marks (Ed.), *The health psychology reader*. London: Sage Publications.
- Rogers, W. S. (2002). Critical approaches to health psychology. In D. F. Marks (Ed.), *The health psychology reader*. London: Sage Publications.
- Rowe, D. (1994). *Breaking the bonds: Understanding depression, finding freedom*. London: HarperCollins.
- Schulz, U., & Mohamed, N. (2004). Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, 59, 653-662.
- Sears, S., Stanton, A., & Danoff-Berg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497.
- Selby, J. (1999). Cross-cultural research in health psychology. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology. Theories & Methods* (pp. 164-180). London: Sage Publications.
- Smith, J., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology. Theories & Methods* (pp. 218-204). London: Sage Publications.
- Smith, J., Flowers, P., & Osborn, M. (1997). Interpretative phenomenological analysis and the psychology of health and illness. In Lucy Yardley (Ed.), *Material Discourses of Health and Illness* (pp. 68-91). London and New York: Routledge.
- Stam, H. (2004). A sound mind in a sound body: A critical historical analysis of health psychology. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 13-30). New York: Palgrave Macmillan.
- Stam, H. J. (2000). Theorizing health and illness: functionalism, subjectivity and reflexivity. *Journal of Health Psychology*, 5, 273-284.
- Teixeira, J. A. C. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, 24 (3), 289-309.
- Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Ussher, J. M. (1999). Feminist approaches to qualitative health research. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology. Theories & Methods* (pp. 98-114). London: Sage Publications.
- Van Deurzen-Smith, E. (2000). Existential counselling and psychotherapy. In Colin Feltham, & Ian Horton (Eds.), *Handbook of Counselling and Psychotherapy* (pp. 331-342). London: Sage Editions.
- Van Deurzen-Smith, E. (1996). Existential therapy. In Windy Dryden (Ed.), *Handbook of Individual Therapy* (pp. 166-193). London: Sage Publications.
- Villegas, M. (1988). Análisis existencial: Cuestiones de método. *Revista de Psiquiatria y Psicología Humanista*, 25, 55-70.
- Willig, C. (2004). Discourse analysis and health psychology. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 155-169). New York: Palgrave Macmillan.
- Willig, C. (2000). A discourse – dynamic approach to the study of subjectivity in health psychology. *Theory and Psychology*, 10, 547-570.
- Wilkinson, S. (2004). Feminist contributions to critical health psychology. In Michael Murray (Ed.), *Critical Health Psychology* (pp. 83-100). New York: Palgrave Macmillan.
- Vink, J., & Meganck, J. (2006). Do we need critical health psychology or rather critical health psychologists? *Journal of Health Psychology*, 11 (3), 391-393.
- Yedidia, M. J., & MacGregor, B. (2001). Confronting the prospect of dying: reports of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 807-819.

RESUMO

A finalidade deste artigo é dupla: em primeiro lugar, fazer uma breve revisão da perspectiva crítica no campo da psicologia da saúde; em segundo lugar, discutir o seu potencial para a promoção da saúde e prevenção das doenças. Adicionalmente, apresenta-se o esboço de uma perspectiva existencialista em psicologia da saúde.

Palavras-chave: Psicologia da saúde crítica, promoção da saúde, perspectiva existencialista.

ABSTRACT

The purpose of this article is twofold: first to provide an overview of critical perspective within the field of health psychology; and second to discuss his potential to health promotion and illness prevention. Finally, the author proposes an existential approach on health psychology.

Key words: Critical health psychology, health promotion, existential approach.