

# SAÚDE, DOENÇA E AMBIENTE: VOZES DOS MORADORES



**Dalila Castelliano Vasconcelos**

*Universidade Católica Dom Bosco – UCDB – Brasil*

**Angela Elizabeth Lapa Coêlho**

*Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - Brasil*



## **Resumo**

A Psicologia da Saúde vêm contribuindo no entendimento de que aspectos biopsicossociais e ambientais interferem no processo saúde-doença. A partir disso, pesquisou-se como 19 moradores da cidade de Campo Grande- MS compreendem a relação entre processo saúde-doença e ambiente. Essa população vivia a margem de um córrego onde suas habitações corriam risco de desmoronamento, e foi removida, por meio de projeto habitacional, para uma área urbana com infra-estrutura. O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada e os relatos foram trabalhados a partir da análise de conteúdo. A partir dos resultados, verificou-se que as temáticas habitação e saúde são de grande importância para o grupo, pois foram consideradas como aquilo que mais valorizavam na vida. Porém, não estão claramente relacionadas para o grupo, que, por vezes, compreendem a saúde segundo o modelo biomédico. Isto é preocupante uma vez que dificulta a adoção de cuidados preventivos com a saúde e com ambiente.

**Palavras-chave:** Biopsicossocial. Área de risco. Prevenção.

## **Introdução**

A escassez de estudos na área de Psicologia que articule as temáticas saúde e ambiente fomentou o desenvolvimento desta pesquisa, que faz parte de uma dissertação de mestrado, que buscou analisar como moradores da cidade de Campo Grande- MS compreendem a relação entre o processo saúde-doença e ambiente. Essas pessoas moravam em uma área de risco de inundação, localizada à beira de um córrego e foram morar em uma área urbana da mesma região. Esse grupo foi escolhido por terem mudado de ambiente, o que poderia interferir na compreensão de como ambientes diferentes inferem na saúde.

Tendo como referência o conceito ampliado de saúde, Porto e Finamore (2012), ao discutirem sobre a participação de populações que vivem em situação de injustiça ambiental na produção do conhecimento, destacam os limites epidemiológicos e políticos para a construção de cidades mais justas e sustentáveis. Os autores destacam a dificuldade das abordagens científicas de reconhecerem a importância do saber local tanto em relação aos riscos ambientais quanto os seus efeitos na saúde. A fim de colaborar com a superação dessa lacuna é que o presente artigo busca dar voz a esses moradores, que comentam sobre suas vivências relativas aos anos que moraram em uma área de risco, a vivência no novo ambiente e como eles relacionam isso com o processo saúde-doença.

Para isso, reuniram-se algumas contribuições teóricas que abordam os temas saúde e habitação. Dentro da Psicologia, tal relação pode ser compreendida pela Psicologia da Saúde, que compreende a saúde como um processo influenciado por fatores biopsicossociais.

### **Do Modelo Biomédico ao Biopsicossocial**

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). A ampliação do conhecimento não só nas ciências médicas, mas também nas disciplinas relacionadas às ciências humanas e sociais, 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).

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. 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 pensado como um fator que influencia o processo saúde-doença.

De acordo com 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 e microbiológica, indicam que existem outras causas para o processo de adoecimento.

De acordo com Matta e Camargo Jr. (2007) 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).

Conforme Scliar (2002), as condições de saúde da população melhoraram, pois vários avanços ocorreram no século XX na saúde pública, tal como a criação de novas vacinas, antibióticos e quimioterápicos; melhorias em equipamentos e insumos; importantes obras de saneamento básico; desenvolvimento de estudos epidemiológicos; entre outros avanços. 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 também comentam que, as barreiras no acesso aos serviços de saúde estão relacionadas à oferta de serviços. Como a pesquisa, fez 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.

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.

## **Contribuições da Psicologia da 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, segundo 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, caracterizadas pela 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 um movimento dialógico entre os diferentes campos do saber para que se possa compreendê-la em sua dinamicidade e amplitude.

Para Spink (2003), a Psicologia da Saúde, ao considerar o processo saúde-doença como um fenômeno coletivo, deve considerar 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, 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.

Cerqueira-Silva, Dessen e Costa Junior (2011) também comentam sobre os diferentes conhecimentos que a Psicologia da Saúde deve se utilizar e afirmam que para que essa área possa contribuir social e cientificamente é necessário que ela considere uma abordagem multinível, uma vez que a melhoria das condições de saúde depende de estratégias relacionadas a diferentes conhecimentos como: saúde individual, relações sociais, legislação e dos fatores ambientais.

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, Matta e Camargo Jr. (2007) 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 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 podem contribuir nos cuidados com a saúde.

Menegon e Coêlho (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.

A superação do entendimento clínico curativo junto ao comprometimento com o ambiente social e as relações interpessoais é, de acordo com Cerqueira-Silva, Dessen e Costa Junior (2011), o que se deve ter como prioridade na Psicologia da Saúde e isso implica em conhecer a população atendida, seus valores, práticas, dificuldades e seu perfil social, epidemiológico e demográfico.

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).

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.

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; COÊLHO, 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  
*Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.40, p.<6-27>, jan./jun. 2014*

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.

Pode-se pensar 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. Isso possibilita que a saúde seja articulada a outros conceitos como o de ambiente e habitação que serão aqui abordados.

### **Articulações entre Habitação e Saúde**

Estudos que contemplam os determinantes sociais e suas relações com o processo saúde-doença entre diferentes populações recebem cada vez mais destaque nas pesquisas nacionais e vêm esclarecendo como determinantes sociais geram iniquidades em saúde. Investigações a respeito dos motivos das causas das iniquidades e a utilização de metodologias integradas que contemplem esses determinantes vem contribuindo para avanços nessa área (SOBRAL; FREITAS, 2010).

De acordo com Porto e Finamore (2012) no campo da saúde pública estão se desenvolvendo metodologias capazes de fomentar a justiça social, entretanto, limites epidemiológicos e políticos se fazem presentes nas abordagens científicas que por vezes podem ocultar relações de poder, valores e incertezas.

Sobral e Freitas (2010) também destacam que os problemas ambientais como indutores de geração de doenças vem sendo negligenciado. Fatores como mudanças climáticas e degradação do ecossistema associados a fatores sociais não estão sendo considerado como determinantes ambientais da saúde.

Conforme Sobral e Soares (2010) a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS e a criação no Brasil da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, representa um avanço nessa temática. Mas os autores alertam para a necessidade de não apenas identificar essa situação faz-se necessário reunir esses indicadores que se referem a dimensões econômicas, sociais, ambientais, institucionais e de saúde e tratá-los de forma

global e integrada para que se possa monitorar sistematicamente as mudanças de condição de vida da população.

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, a qualidade ambiental do espaço construído, do seu entorno e das suas inter-relações (Cohen e cols., 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.

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 necessitam da colaboração de diversos campos científicos, da própria comunidade e do Estado.

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, Cezar-Vaz et al. (2007) 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.

Cezar-Vaz et al. (2007) 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.

Nesse cenário é importante considerar o entendimento das pessoas que habitam esses espaços e como elas compreendem a relação entre o seu local de moradia e a sua saúde. Assim foi realizada esta pesquisa com o objetivo de caracterizar e analisar as concepções de moradores a respeito da relação ambiente e processo saúde-doença.

## **Método**

Participaram da pesquisa 19 idosos, do sexo feminino e masculino e com média de idade de 63 anos. Os participantes frequentavam o grupo de idosos do CRAS e 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, estava exposta aos problemas ocasionados pelas enchentes dos mesmos e, por meio do Projeto, foi transferida para a área urbana da região.

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 instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada. O roteiro da presente entrevista, que foi construído pelas pesquisadoras, contém questões sobre dados sociodemográficos, a mudança de local de moradia e o processo saúde-doença. A criação desse roteiro foi inspirada nas questões propostas por Cezar-Vaz et al. (2007) para verificar se a atenção básica a saúde era orientada por uma abordagem socioambiental. As entrevistas foram gravadas com a prévia autorização dos participantes.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de acordo com o que é preconizado para pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco e protocolado sob o nº 055/2008B.

### **Procedimentos de Análise dos Dados**

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência e Apoio Social (CRAS) e na residência dos participantes, localizados no bairro Jardim Aeroporto, 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.

Inicialmente, todas as entrevistas foram transcritas, os dados sociodemográficos dos participantes foram descritos e os relatos foram trabalhados a partir da análise de conteúdo, 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. O critério para a criação dessas categorias foi a frequência com que apareciam nos relatos dos participantes, assim foram criadas diferentes categorias de resposta para cada pergunta do questionário.

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 acrescido o sexo, sendo esse identificado pela letra “F” para o sexo feminino e “M” para o masculino, e as idades de cada participante.

## **Resultados e Discussão**

### *Questões sociodemográficas*

Participaram da pesquisa 16 mulheres e três homens, com idades que variaram entre 49 e 85 anos. 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 pessoas que faziam parte do grupo de idosos, algumas pessoas com menos de 60 anos participavam, 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 Organização Mundial da Saúde (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.

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 comentam os autores, e considerando a participação no grupo de idosos como uma atividade que poderá otimizar 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.

Essa situação também está de acordo com o que afirmam os idosos que participaram da pesquisa exploratória e descritiva realizada por Borges e Seild (2012) sobre a saúde dos homens idosos, em que os mesmos reconheceram as mulheres como mais cuidadosas com a saúde, entretanto, os autores ressaltam que os idosos também se utilizam de diferentes estratégias para esse cuidado, incluindo a dimensão interpessoal como a participação em grupos educativos.

A maioria dos participantes tinha nível médio incompleto (13 participantes) ou 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. Sobre o 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.

Quanto à renda familiar, as respostas variaram entre famílias que viviam apenas da ajuda de terceiros, outras de aposentadoria, pensão e atividades como diarista ou bordadeira. O tempo de moradia dos participantes na antiga residência era em média de vinte anos, já nas novas casas era de um ano e cinco meses. O tempo de relação que pessoa tem com o lugar e com 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).

A descrição de tais dados faz-se necessária uma vez que ela pode interferir no entendimento sobre o 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 outra localidade.

#### *A relação entre a saúde, doença, casa e ambiente*

Analisando a importância da temática saúde e habitação para o grupo, a maioria dos participantes, 11 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 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, porém o que mais apareceu novamente nas falas foi: a casa e a saúde.

A saúde é compreendida 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 do 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 considerada como o segundo valor mais comentado, também vai ao encontro do que argumenta Mourão e Cavalcante (2006), que pontuam que a casa é 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. 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 citados junto a aspectos emocionais, tais como amor, como paz, violência e laços de vizinhança.

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 (moradia localizada na área urbana da cidade) algum problema que interferisse na sua saúde, os moradores afirmaram que, no outro local de moradia (a margem do córrego), já tinham as dificuldades de saúde que têm hoje. Isso está relacionado à concepções 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 consideradas 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 problema eu já sentia antes né? E, e esse problema 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 estar presente nos relatos dos participantes. Esse entendimento da saúde como não tendo relação com o ambiente pode estar sendo propiciado paulatinamente pelas interações da comunidade com os profissionais de saúde. 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 minimizem a importância que esse evento representa para a melhoria das condições de saúde da comunidade. Além disso, essa compreensão da população pode estar relacionada 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 duas participantes responderam diretamente que percebiam em seu bairro atual fatores negativos que interferiam na sua saúde, uma em relação ao convívio com a nova vizinhança, queixa de muito barulho, e outra referiu-se mais especificamente ao atendimento no posto de saúde, o que pode dificultar a adesão de pacientes aos serviços oferecidos.

“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)

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. A dificuldade de identificar possíveis problemas do bairro atual parece se assemelhar ao que comenta Jacobi (2000).

Jacobi (2000) 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 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 vivenciarem 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 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, relacionada a falta de 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 tinham 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 infra-estrutura, superavam tais dificuldades pela satisfação evidente de poderem ser proprietários.

Além disso, muitos participantes 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, 74% 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 mó de 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.”(P7 – M, 67 anos)

Alguns participantes que responderam que percebiam uma relação entre a mudança de local de moradia e sua saúde se expressaram de forma ampla. Isso pode estar relacionado a dificuldade em definir aspectos positivos de suas vidas. Por outro lado, 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 compreendem a saúde como um estado, e não com um processo.

É interessante estar atento aqui a crítica feita por Barthe, Akrich e Remy (2011) sobre a importância que os leigos assumem dentro da temática saúde ambiental em sociedades democráticas. Aqui se destacam dois pólos: a vitimização de pessoas, quando a pessoa doente é considerada vítima e outro a imputação de determinadas doenças a fatores ambientais. As diversas possibilidades de associações entre esses dois pólos coexistem e podem gerar controvérsias, mas destacá-las é importante para situar a posição que cada pessoa pode ocupar na relação da saúde com o ambiente. A partir dos relatos dos participantes podemos verificar diferentes possibilidades de associação entre esses pólos.



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 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)

“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 mudança de local de moradia 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 últimos 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.

A voz dessas comunidades pode não apresentar nexos causais claros, pode também não apresentar interesses legítimos, mas é uma prática processual e participativa, que possibilitará que instituições científicas tornem-se mais democráticas (PORTO; FINAMORE, 2012). Dar voz a esses moradores é possibilitar o conhecimento dos limites que se fazem presentes na dificuldade de diálogo com as comunidades e na forma delas expressarem suas vivências e incertezas.

## **Considerações Finais**

Este trabalho, face ao momento histórico em que foi realizado, considera algumas questões fundamentais para os tempos atuais, pois Organizações Não Governamentais e governantes de diversas nações têm se preocupado com as relações existentes entre saúde-ambiente.

Os participantes, ao comentarem sobre o ambiente, 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 o entendimento sobre o que é saúde e a compreensão do ambiente. 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.

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.

Assim, torna-se importante a realização de atividades que considerem as questões sócio-econômicas das pessoas e que possibilite 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 a realização de projetos que envolva o remanejamento de 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 uma mudança de local de moradia mais ativa e satisfatória.

Além disso, durante a realização dessas atividades poderia ser construído um canal de comunicação mais claro e aberto entre profissionais da saúde, gestores de políticas públicas e a sociedade, o que poderia economizar tempo e desperdícios econômicos e ambientais, pois, a partir de um entendimento compartilhado, possivelmente se minimizariam dificuldades futuras.

A constante interação da pessoa com o ambiente influencia e é influenciada, como pode ser verificado pelos relatos dos participantes desta pesquisa, pelo entendimento sobre

saúde e doença que essas pessoas apresentam. Assim, essa compreensão poderá interferir na forma como as pessoas cuidam de sua saúde e do ambiente.

Identificar o entendimento sobre 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. Valorizar o saber local, contextualizá-lo no trabalho científico e na ação política, é um caminho possível para o enfrentamento de problemas de saúde ambiental.

Dessa forma, considera-se que compreender a relação entre o ambiente e a saúde com pessoas que vivenciaram um processo de mudança de local de moradia facilitará o processo de criação de estratégias de prevenção de doenças e promoção à saúde articuladas à conscientização ambiental.

## **HEALTH, DISEASE AND ENVIRONMENT: RESIDENTS' VOICES**

### **Abstract**

Health Psychology has been contributing in understanding that bio-psycho-social and environmental aspects interfere within the health-illness process. It was analyzed how 19 residents in Campo Grande city, MS, understand the relationship between the health-illness process and the environment. This population used to live at the margins of a stream where their houses were at risk of collapsing, and they were moved to a housing project, at an urban area with infrastructure. The instrument used was a structured interview and the participants' speeches were interpreted using content analysis. The themes habitation and health were of relevance to the group, they were considered what the participants most value. However, they were not clearly seen as having a relationship and, sometimes, they understood the health concept according to the biomedical model. It is a worrisome idea because it makes it difficult to adopt preventive measures regarding their health and the environment.

**Keywords:** Bio-psycho-social. Risk area. Prevention.

## SALUD ENFERMEDAD Y EL MEDIO AMBIENTE: LAS VOCES DE LOS RESIDENTES

### Resumen

La Psicología de la Salud viene contribuyendo en el entendimiento de qué aspectos biopsicosociales y ambientales interfieren en el proceso salud-enfermedad. A partir de esto, se investigó cómo 19 habitantes de la ciudad de Campo Grande (MS) entienden la relación entre proceso salud-enfermedad y ambiente. Esta población vivía a orillas de un arroyo donde sus casas corrían riesgo de desmoronamiento, y fue retirada para una zona urbana con infraestructura. El instrumento utilizado fue una entrevista estructurada y los relatos fueron trabajados mediante el análisis de contenido. Se encontró que las temáticas de vivienda y salud son de gran importancia para el grupo, pues fueron consideradas como lo que más valoraban en la vida. Sin embargo, no están claramente relacionadas para el grupo que, muchas veces, entiende la salud según el modelo biomédico. Esto es preocupante, pues dificulta la adopción de cuidados preventivos con la salud y el ambiente.

**Palabras clave:** Biopsicosocial. Zona de riesgo. Prevención.

### Referências

BARTHE, Y.; AKRICH, M.; REMY, C. As investigações “leigas” e a dinâmica das controvérsias em saúde mental. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 13, n. 26, p. 84-127, jan./abr. 2011.

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 66-81, 2012.

CERQUEIRA-SILVA, S.; DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, Á. L. As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.16, suppl.1, p. 1599-1609, 2011.

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, oct./dez. 2007.

COHEN, S. C.; BODSTEIN, R.; KLIGERMAN D. C.; MARCONDES, W. B. 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, jan./mar. 2007.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN D. C.; ASSUMPÇÃO, R. F. 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, jul./set. 2004.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise do discurso*. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 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, jan./jun. 2000.

MATTA, G. C.; CAMARGO JR. K. R. 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, p. 129-140.

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.

LOURÃO, 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, maio/ago. 2006.

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, jan./mar. 1995.

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, maio/ago. 2003.

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.

PORTO, M. F.; FINAMORE, R. Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 6, p. 1493-1501, jun. 2012.

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: Ministério da Saúde, v. 17, n. 3, p. 177-186, jul./set. 2008.

*Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.40, p.<6-27>, jan./jun. 2014*

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.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. de. Modelo de Organização de Indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, jan./mar. 2010.

SPINK, M. J. P. *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. *Psicologia Social e Saúde*. Portugal: Instituto Piaget, 1995.

Data de recebimento: 21/08/2012

Data de aceite: 06/05/2014

**Sobre as autoras:**

*Dalila Castelliano Vasconcelos* é Psicóloga e mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Católica Dom Bosco. MS. Especialista em Saúde Pública e saúde da Família. Endereço eletrônico: dalila\_bal@hotmail.com

*Angela Elizabeth Lapa Coêlho* é graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (1983), Mestrado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (1992) e doutorado (1999) e pós-doutorado (2000) em Psicologia Social - University of Manitoba, Canadá.