

• Resgate da relação cuidador-paciente em diferentes momentos e contextos históricos com reflexões atuais da Psicologia da Saúde e da Psicologia Analítica
Ransom of the caregiver- patient relationship in different times and historical contexts with current reflections of Health Psychology and Analytical Psychology

Kátia Ovídia José de Souza¹

Universidade Veiga de Almeida ENSP/Fiocruz – Rio de Janeiro

Renata F. Pegoraro²

Universidade Paulista (UNIP), Campus Flamboyant- Goiânia

Resumo: Com a compreensão do cuidado ao paciente não restrita à atividade médica, mas envolvendo também outros profissionais de saúde como dentista, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta em unidades de atenção à saúde, a proposta do artigo é realizar uma reflexão sobre como o contexto social e político de uma época pode influenciar a forma do relacionamento do profissional de saúde com seus pacientes. Isto porque o *Zeitgeist*, o espírito da época com seu pensamento filosófico e cultural estruturam as concepções de saúde e doença. Através de uma revisão histórica, chega-se a modelos de relacionamento entre profissionais e paciente. A construção de uma antiga prática de cuidado à saúde até a atualidade é sujeita à influência histórica, e como recorte estabelece-se aqui um segundo objetivo do artigo: realizar breve apresentação sobre a forma de olhar o cuidado na saúde na Psicologia Analítica de C. G. Jung. Este autor considerava os aspectos sociais e culturais, atuais e ancestrais, na busca da compreensão do sujeito nas características biológicas, psicológicas, sociais e também transdisciplinares. A perspectiva junguiana ressalta a atenção do profissional de saúde com os fenômenos da transferência e contratransferência, sendo que a análise educativa pode auxiliar esse processo. A atenção integral ao sujeito favorece o vínculo terapêutico, que auxilia os cuidados de sua saúde.

Palavras-chave: Profissional de saúde e paciente; Cuidado à saúde; saúde e doença; Psicologia Analítica.

Abstract: *With the understanding that patient care is not restricted to the medical activity, but also involving other the medical health professionals such as dentist, nurse, psychologist, nutritionist, social worker and therapist in units of health care, the article proposes a reflection on how the social and political context of an era can influence the way of relationship of health professionals with their patients. This is because of the Zeitgeist, the understanding of those times, with its philosophical and cultural thoughts, who structured the concepts of health and disease. Through a theoretical historical review we study models of the relationship between the health professional and the patient. The construction of a former practice of health care until the present date is*

¹ Mestre em Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro. Contato: Rua Imbuí 240, casa 17, Tanque – Jacarepaguá - Rio de Janeiro, RJ. CEP 22730-100. Cel. (21) 88655495. E-mail: katiovidia@oi.com.br

² Doutora em Psicologia – FFCLRP-USP. Profª. Titular da UNIP. Contato: Rua 227, s/n – Qd. 67 A, Lote 3-4, Ed. Costa do Sol, ap.1303 - Setor Leste Universitário – Goiânia, GO. CEP 74605-080. Cel. (62) 93018489 E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br

subject to a historical influence, and as the second objective of the article: a brief presentation on how to look at health care in the Analytical Psychology of C. G. Jung. This author considered the social and cultural aspects, bothly the actual and former ones, in search of understanding the individual in the biological, psychological, social and transdisciplinary aspects. The Jungian perspective emphasizes the attention of health professionals with the phenomena of transference and countertransference, and the analysis of education can assist in this process. Full attention to the person favors the therapeutic relationship, which helps in the health caring.

Keywords: *Relationship health professional and patient; Health care; Health and illness; Analytical Psychology.*

1. Introdução

O presente artigo é produto da experiência profissional das autoras na sua prática, tanto como psicóloga hospitalar em unidades de saúde, como na docência no ensino superior em Psicologia Hospitalar na região sudeste e centro-oeste do Brasil.

O ato do cuidado, destacado no presente artigo, nas palavras de Merhy, Campos & Malta (1998) seria o da procura do melhor para a saúde, que resulte em cura, promoção e proteção da qualidade de vida individual e coletiva. Com o paciente como centro, há um encontro entre duas pessoas, ele e o terapeuta, que atuam conjuntamente, no qual opera um jogo de expectativas intersubjetivas. São momentos de falas, acolhimento, escutas e interpretações. O objetivo seria a produção do cuidado, através do qual poderá ser alcançada a cura e a saúde, que de fato é a meta que se quer atingir.

O termo *cura* a partir da origem latina provém de *coera*, raiz da palavra contemporânea “cuidar”, isto é, processo de curar como expressão de desvelo, preocupação, inquietação e implica em responsabilidade frente ao objeto de cuidado. A palavra *coera* derivaria, possivelmente, dos termos *cogitare*, *cogitatus* e resultaria em *coyedar*, *coidar*, *cuidar*, cujo sentido seria o de cura, ou seja, cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (Boff, 2004).

Um outro resgate histórico sobre as origens do termo *cuidado* nos levou à consulta de um texto de Groesbeck (1983), no qual o autor retrata o mito grego sobre o cuidado, descrevendo a história de Quirão, o Centauro Tutor de Asclépio, deus da medicina. Tomar-se-á aqui este mito sobre o Curador Ferido como uma narrativa que permite refletir sobre a relação do profissional de saúde e paciente.

O mito grego do Curador Ferido retrata Quirão com parte divina e parte animal. Rejeitado pela mãe, horrorizada com sua aparência, e abandonado pelo pai, foi acolhido e educado pelos gêmeos Apolo e Ártemis, e deles recebeu os ensinamentos que o tornaram um grande sábio, conhecedor das propriedades medicinais das ervas, com as quais praticava a cura. Acidentalmente ferido na

coxa com uma seta envenenada, Quirão, imortal, sofreu terrivelmente até que através de um pacto com Prometeu, renunciou a sua imortalidade e foi transformado, por Zeus, na constelação de Centauro, em reconhecimento às suas muitas realizações positivas. Desta posição elevada, pode ser inspiração para toda a humanidade. Sua ferida jamais foi curada e, ironicamente, quanto mais tentava aliviar a própria dor, adquiria maior poder de curar os outros.

Ao analisar o mito acima relatado, Groesbeck (1983) sugere que em cada momento em que um ser humano adocece, ainda que procure ajuda do profissional em saúde, ou seja, uma ajuda externa, há necessidade de que o *profissional de saúde interior* do doente também seja mobilizado. Ainda que a ajuda externa seja de extrema competência, não seria o bastante para o tratamento e o cuidado. A participação ativa do paciente em seu próprio tratamento é de extrema importância.

Antes de prosseguir, é válido esclarecer o que se entende por *arte do cuidado* relacionada à imagem do profissional de saúde, sendo ele médico, dentista, psicólogo, enfermeiro, assistente social, nutricionista ou fisioterapeuta, enfim, todos os agentes em sua prática no contexto do cuidado à saúde. Portanto, todo profissional desse ramo, independentemente do papel que desempenhe como produtor de atos de saúde, é sempre considerado um operador do cuidado, que deve ser capacitado a produzir acolhimento, responsabilidades e vínculos no processo terapêutico (Merhy e outros, 1998).

Assim, o objetivo deste artigo consiste em resgatar ações de cuidado à saúde, desvinculando-as das executadas unicamente pelo médico, de modo a permitir uma reflexão sobre a forma como o contexto social e político de uma época e os seus pensamentos filosóficos e culturais podem influenciar o relacionamento do cuidador com aqueles que recebem seu cuidado, bem como estruturar os conceitos de saúde e de doença. Através de uma revisão histórica, concebeu-se os modelos de relacionamento do cuidador com o profissional de saúde e o paciente. Neste artigo far-se-á alusão à forma de cuidado à saúde pelos povos primitivos (Pré-história) pelos egípcios, gregos e romanos (Antiguidade, começo das civilizações atuais); ao longo da Idade Média na Europa (Séculos V ao XV, Idade das Trevas e o Feudalismo), da Idade Moderna na Europa e no Brasil (Século XV ao XVIII, a Revolução Comercial), e da Idade Contemporânea no Brasil (Séculos XVIII e XIX, com a Revolução Industrial e Séculos XX e XXI, a Revolução Tecnológica).

Como se menciona, a construção de uma prática do cuidado à saúde até a atualidade é passível das influências históricas e, como recorte, se estabelece o segundo objetivo do artigo: realizar breve apresentação sobre a forma de olhar o cuidado na saúde na Psicologia Analista de C. G. Jung. Esta abordagem considera os aspectos sociais e culturais como também ancestrais e atuais na busca da compreensão do indivíduo nos seus aspectos psicológicos e sociais, na

Psicologia da Saúde, que leva em conta a relevância a eles para a compreensão do fenômeno saúde-doença.

Existindo pouca literatura sobre o tema, tenta-se contribuir com o presente trabalho para preencher essa lacuna no campo desse conhecimento.

2. O relacionamento do profissional de saúde com seus pacientes: esboço histórico.

Através de um esboço, Hoirisch (1992) relata como a arte de curar é antiga. Segundo o autor, nos primórdios da civilização, a arte do cuidado à saúde era exercida por feiticeiros, xamãs e sacerdotes; portanto, *a medicina nasceu com o sacerdócio e, assim, aparece impregnada de magia, religião e poder* (p.70). A imagem do profissional de saúde sofreu, ao longo de sua história, forte influência de seus predecessores de ordem mística.

No modelo primitivo, segundo Ramos (2006), o curandeiro seria o mediador entre as forças cósmicas e o doente; ele ouvia não só os problemas físicos do seu paciente, mas compreendia também os aspectos subjetivos, sociais e relacionais contextualizados na sua vida na tribo. Seu poder era maior do que do líder do grupo, porque era tido como extensão da relação do povo primitivo com o cosmos ou os deuses. Havia uma participação mística no processo de cura, em que esse poder era desenvolvido com respeito ao espiritual, em um significado maior para a doença e saúde.

Na sociedade primitiva, a doença era considerada como consequência da violação de um tabu ou desagravo aos deuses tribais. A cura era obtida pela harmonização com o divino e seria realizada através do arrependimento ou do sacrifício, sempre contando com a ajuda do xamã. A cura não lhe era atribuída; o xamã apenas provocava um êxtase no qual invocava as forças dos deuses. Deste modo, não procurava identificar sintomas, mas apenas ouvia quais seriam os possíveis erros do doente em relação ao divino. Só uma ação divina, através de uma manifestação do sagrado, poderia curar.

Na Antiguidade, mantém-se a postura associada aos rituais de magia. No Egito, por exemplo, a eficácia não dependia exclusivamente dos conhecimentos das técnicas de cura, como o domínio de substâncias farmacológicas ou o conhecimento de doenças neurológicas. Era fundamental que, concomitantemente às técnicas de cura, ocorresse a prática da magia, através de encantamentos e intercessão dos deuses, sendo as principais figuras mitológicas relacionadas à saúde: Isis, Sekhmet e Hórus.

Os sacerdotes eram as pessoas responsáveis pela cura dos enfermos, serviam a realeza e detinham o maior poder da saúde (Baptista e outros, 2003).

A imagem de um deus curador estava associada, predominantemente no Egito, a Imhotep, arquiteto egípcio que foi o vizir do faraó Djoser (III dinastia) e inaugurou a arquitetura em pedra, a qual tomou o lugar do tijolo e da madeira,

criando a pirâmide em degraus de Sacará e o complexo funerário que a cerca. Imhotep tornou-se no Egito um deus da medicina, identificado posteriormente com o deus Asclépio.

Na Grécia nasceu Asclépio, Esculápio para os latinos, que no Século XIII a. C foi considerado como deus da medicina. Na mitologia grega, Asclépio é filho de Apolo, o deus sol, responsável pelo oráculo de Delfos (Brandão, 2005). As antigas curas eram praticadas nos templos de Asclépio, e a doença era vista como uma ação divina. Nas mãos dos *asclepiades*, os discípulos desse deus, surge a arte de curar como algo científico, tendo como figura proeminente Hipócrates (★460-†377 a.C.), o maior médico da antiguidade, cujo juramento é aclamado pelos colegas em sua formação até a atualidade. No modelo grego, houve uma primeira tentativa de separação entre o espiritual e a abordagem científica. Os médicos gregos deram ênfase à palavra como poder de cura, além das dietas, compreensão dos sonhos e meditação, música, eventos que levavam à estabilidade e à união entre psique e soma. Assim, a proposta grega consistia em uma atenção sistêmica, com o uso da palavra como ação, tal como usada pela prática atual do psicólogo em contextos de saúde.

Desta mesma forma, os romanos atribuíram esse desenvolvimento científico ao culto aos deuses gregos, apenas havendo em Roma a modificação de seus nomes. Por exemplo, na Grécia, o deus da guerra era denominado Ares e, em Roma, o mesmo deus era nomeado Marte; Afrodite era chamada pelos romanos de Vênus; Hércules de Hércules; Hermes de Mercúrio. Em Roma, os rituais e adorações eram bem semelhantes àqueles praticados pelos gregos.

Inúmeros são os médicos de origem grega que trabalhavam em Roma, como Galeno (★122-†199 d.C.), que fez avanços nas concepções da anatomia, fisiologia, patologia, sintomatologia e terapêutica, que predominaram durante pelo menos 14 séculos adiante, persistindo no contexto do Império Romano (Barros, 2002).

Apesar das semelhanças, os costumes e práticas tradicionais romanas continuaram a existir, lado a lado com as novas teorias gregas. Juntando “o melhor” dos dois mundos, os romanos produziram uma literatura científica específica “greco-romana”, ganhando destaque as doutrinas das escolas das artes da cura de Alexandria e de Hipócrates, especialmente, mas não exclusivamente, dedicadas à qualidade e complexidade das técnicas cirúrgicas aplicadas à prática do tratamento das lesões resultantes de combates a guerras (Sousa, 2005).

Outro período importante para compreensão da concepção de adoecimento e cuidado foi a Idade Média (Século V ao XV) na Europa. Com a influência do grego Aristóteles (★384-†322 a.C.), de acordo com Queiroz (1986), vigorava durante esse período o paradigma aristotélico da unidade orgânica dos seres vivos. A patologia era compreendida como manifestação de alterações globais

em interação com o ambiente e a sociedade. Assim, subjacente à teoria dos humores do grego Hipócrates, havia a influência recíproca dessas substâncias, líquidos do corpo e as virtudes do homem.

A teoria dos humores representava a ideia de uma medicina total, em que o homem e o universo eram um só. Eram quatro tipos de líquidos representantes dos quatro elementos da natureza, isto é, terra, água, ar e fogo. Os humores, certos líquidos corporais, como sangue, fleuma (linfa, soro, muco nasal, saliva, muco intestinal), bílis e atrabílis (bílis negra, secreção do pâncreas) se alterados, eram responsáveis pelo aparecimento de doenças (Souza & Costa (2005).

Durante toda a Idade Média, o período de vida de um homem era de cerca de 30 anos e a arte de curar era obscura, mal a população tinha acesso a ler e a escrever. Eram oito as moléstias contagiosas do período medieval, a saber, peste bubônica, tuberculose, epilepsia, sarna, erisipela, antraz, tracoma e lepra. Todas eram pestilências, com consequências funestas que abalavam a economia e a densidade demográfica. E grande era o interesse de se evitar o abalo demográfico com uso de remédios e unguentos para controlar essas doenças.

Os corpos mais pré-disponíveis às pestes eram, de acordo com os conhecimentos da época, os mais quentes e com poros dilatados, e os mais luxuriosos, pois teriam humores que corrompiam o ar. Este era o condutor, os corpos superiores transmitiam aos inferiores as chagas, que eram invisíveis, a princípio, mas expressavam-se na urina. Era comum também o uso de herbário, de unguentos e infusões. Eram baratos e acessíveis à população, uma vez que supriam a satisfação do espírito do doente.

Por não haver anestésias e a ocorrência de constantes pestes, a imagem dos médicos e cirurgiões durante o período medieval era vinculada à imagem de chagas abertas, à carne fresca coberta de sangue e a dores lancinantes. O médico era semelhante a um carnicheiro ou açougueiro (Figueiredo, 1999).

Na transição da Idade Média para a Idade Moderna (Século XV ao XVIII) na Europa, Barros (2002) descreve que ocorre paralelamente uma modificação do modelo do pensamento de influência grega, de Hipócrates e Galeno, para o do biomédico. Este período de modificação de paradigma obteve a influência de Paracelso (★ 1493-† 1541), famoso médico suíço, alquimista, físico e astrólogo, que formulou um sistema complexo e sincrético, reunindo a alquimia, a medicina popular, a astrologia e a tradição renascentista à sua peculiar visão cristã do mundo. Formulações que se opuseram às ideias pretéritas da teoria dos humores de Hipócrates e ao pensamento galênico.

Com o Renascimento, marcando o fim da Idade Média e o início da Idade Moderna, surgiu uma nova forma de pensar, o Antropocentrismo (o Homem é o centro do mundo) e na economia, surgindo novas oportunidades para o desenvolvimento das ciências. Em outras palavras, sob a influência do teocentrismo, as práticas de violação do corpo humano para estudo eram proibidas,

por ser este um receptáculo divino e inviolável pelas mãos do homem. Portanto, Souza & Costa (2005) chegavam a afirmar que a Igreja Católica e o Islamismo não permitiam a dissecação de cadáveres. No que tange à criação de teorias matemáticas por Isaac Newton (★ 1643-†1727), estas previam a visão cartesiana do corpo e do mundo, como se eles fossem uma grande máquina a ser explorada.

Queiroz (1986) destaca que na Idade Moderna, o Século XVII, época em que Descartes (★ 1596-†1650), foi considerado o pai do racionalismo na moderna filosofia, havia a comparação do organismo humano à máquina, criando a dicotomia entre mente (concepção divina) e corpo (obedecendo as leis da mecânica). A doença era vista como um distúrbio das peças da máquina humana, que deveriam ser reparadas através de medicina detentora de um conhecimento de leis que operavam o homem máquina. Consequentemente, o homem perdeu a sua concepção divina primitiva e a grega.

No Século XVII, o conhecimento científico ocidental tornou-se hegemônico em detrimento da arte de curar cosmogônica precedente. A história nos mostra a nova imagem do profissional da saúde, tentando exterminar os rituais do homem primitivo, nos quais promoviam a cura em uma relação simbiótica com os deuses, esta procedia e legitimava a cultura tribal (Queiroz, 1986). Entretanto, Hoirisch (1992) acrescenta dizendo que *A importância do status do médico no sistema social embriaga e, desde os feiticeiros tribais até seus sucessores contemporâneos diplomados, todo cuidado é pouco para não nos comportarmos como deuses* (p. 70).

A arte de curar necessitou adaptar-se à Revolução Mercantil, orientada pela valorização do lucro e pelo domínio da natureza (Queiroz, 1986). Consequentemente, houve modificações na estruturação da prática do profissional de saúde. Como exemplifica Foucault (2005), na Idade Média, a arte de curar era uma prática não hospitalar. O hospital servia de instituição de assistência aos pobres, doentes, loucos, devassos, prostitutas, que se justapunham e se misturavam. O hospital era um *morredouro*, cuja função era a transição da vida para a morte, salvação espiritual, além de servir também para a separação de toda a escória da população. Só através de uma política de disciplina houve uma organização do hospital como um *locus* para a medicalização. Foi apenas na Idade Contemporânea, no fim do Século XVIII, que o hospital tornou-se um instrumento terapêutico. Como cita Foucault (2005):

As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. É, portanto, o ajuste desses dois

processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospital, que está na origem do hospital. (p. 107)

Os avanços das descobertas da medicina estenderam-se sobre a Idade Moderna, tais como: os estudos anatômicos de Vesalius (publicados em 1543); a descoberta da circulação sanguínea por William Harvey em 1628; a primeira vacina por Edward Jenner (★1780-†1823); a era bacteriológica, destacando Louis Pasteur e Robert Koch, que afirmavam que as doenças eram produzidas por agentes virulentos; e nos fins do Século XIX, a teoria microbiana e o campo da epidemiologia, com o trabalho precursor de John Snow (Barros, 2002).

Em síntese, Queiroz (1986) transcreve todo o processo da Idade Média até o final do século XIX na Europa, usando os três estágios de Jewson: No primeiro, a medicina ao lado da cama, o qual se estendeu até o fim do século XVIII. Nela, o paciente era compreendido na sua totalidade, e a figura central no processo de cura era ele na sua subjetividade, com os sentimentos e sensações, conforme posteriormente a psicologia abordaria. Surgia o médico da família, que via a totalidade do lar e a própria estrutura pessoal do paciente na sua integralidade. Em um segundo estágio, a partir do século XVIII, inicia-se a medicina hospitalar com classificações de patologias, o paciente tornou-se um objeto descontextualizado, no qual os sentimentos e sensações subjetivas eram irrelevantes. No relacionamento médico e paciente, o primeiro um protagonista, e o segundo, um simples figurante. O último estágio, a medicina de laboratório, iniciado nos fins do século XIX com o processo de industrialização e urbanização, com uma visão mecanicista do mundo.

A partir do século XIX, a arte de curar estaria em prol do sistema produtivo, sendo inevitável à alienação no processo de trabalho ou o *stress* da vida urbana. A ideologia da cura baseada em uma solução técnica, que reproduzia a compatibilidade com o *ethos*, ou seja, o que é característico e predominante nas atitudes e sentimentos dos indivíduos de um povo, grupo ou comunidade, e que marca as realizações ou manifestações culturais, no caso, da sociedade industrial.

3. Perspectiva histórica no Brasil

No Brasil, de acordo com Pimenta (2003), mesmo com a organização do hospital realizada a partir do Século XVIII, a autoridade do cuidado não era uma atividade exclusiva do médico. Durante as três primeiras décadas do Século XIX, junto às práticas médicas, havia barbeiros, parteiras, curandeiros e os chamados cirurgiões, como acontece em vários países, qualquer pessoa poderia ter uma licença para a prática terapêutica, se obtivesse a autorização da *Fisicatura mor*, órgão do governo responsável pela regulamentação.

A *Fisicatura mor* reconhecia uma hierarquia: os médicos prescreviam os remédios, cirurgiões tratavam moléstias externas e os boticários manipulavam e vendiam os remédios. Com menos prestígio, havia os sangradores que aplicavam as sanguessugas e ventosas, as parteiras para ajudar as mulheres a darem à luz e os curandeiros que cuidavam das doenças mais leves com infusões de plantas. Havia também pessoas licenciadas a exercer tratamento em pacientes de moléstias específicas, tais como embriaguez e morfeia.

Segundo Figueiredo (1999), no Brasil, era responsabilidade dos barbeiros a arte de manipular e aplicar as sanguessugas durante o século XIX. As sangrias não dependiam da prescrição médica e qualquer um poderia usar este método para aliviar as dores. Os barbeiros foram os precursores dos cirurgiões. Ambos exerciam atividades vinculadas às pústulas, doenças de pele, pernas quebradas e aplicação de sanguessugas. A distinção entre barbeiros e cirurgiões predominou durante o século XIX, através da formação acadêmica intelectual do cirurgião. Deste modo, comparar o barbeiro, que exercia uma atividade informal, a um cirurgião, elevava o prestígio daquele. A formação de mais uma categoria profissional, a dos cirurgiões, surgiu também como desagrado aos médicos, que os viam como competidores da prática profissional na sua posição social. Prática que existia não somente no Brasil, mas em outros países

A forma de atuar dos cirurgiões desafiava também o conhecimento acadêmico, pois eles, além de darem atenção ao corpo doente, utilizavam o reforço da reza. Não havia conflito na união entre a sua prática e a *benzeção*. Suas técnicas eram passadas dos mais velhos para os mais jovens através de comunicação oral. Posteriormente, enquanto o curso de formação médica durava seis anos, o de farmacêutico e o de cirurgião durava três anos, e o curso para realizar parto estaria entre um a dois anos. A outra figura competidora com a do médico, além do barbeiro e depois do cirurgião, um terceiro profissional da saúde, a parteira ou *sages femmes*, tornou-se de grande ameaça.

Na década de 1830, foi colocada em xeque pelos médicos a habilidade dos sangradores e cirurgiões, criando extensas desconfianças a respeito de suas habilidades. Iniciou-se a luta dos médicos pelo monopólio das atividades terapêuticas (Pimenta, 2003). Eles também se aproveitaram de outro fator importante, o advento da anestesia. Entre 1847 e 1848, a anestesia foi realizada pela primeira vez no Brasil, através da inalação de éter e depois de clorofórmio. Antes, as intervenções cirúrgicas eram realizadas sem anestésias, e era um ato de barbárie, no qual o cirurgião deveria ser frio e ter destreza para realizar o mais rápido possível o ato. Seu trabalho ficava limitado pela dor e possível morte do paciente no campo cirúrgico, além da falta de assepsia por desconhecimento dos microrganismos. Poucas eram as margens de sucesso e investigação com o corpo aberto (Figueiredo, 1999).

Foi na década de 1880 que houve a divulgação dos outros procedimentos de higienização de feridas e instrumentos cirúrgicos, associados ao uso de água e sabão. Como observa Pereira-Neto (1995, p. 605), o combate à doença era um “[...] *pré-requisito para o desenvolvimento econômico, a associação do tratamento preventivo com o curativo e a centralização dos serviços. A higiene deveria ser uma atribuição federal*”.

Como nos diz Figueiredo (1999), o século XIX foi um século civilizatório para todo o mundo, pois surgiram regras de como proceder nos aspectos sociais e na definição mais precisa sobre as profissões. Mesmo assim, o espaço dos médicos e cirurgiões, com conhecimento acadêmico, junto à sociedade concorria com o hábito da população por práticas caseiras, apelos à fé e superstições permanentes. Até o final do século XIX, o tratamento era global e tinha as condutas clínicas associadas às morais.

Com o início da hegemonia da prática médica, a relação do profissional da saúde com seus pacientes também se estruturou de acordo com a regra vigente, ou seja, um modelo que incorporava uma dependência aos avanços da bacteriologia e da medicina experimental, dependência da tecnologia para os diagnósticos e aparato técnico. Toda essa mudança no Brasil ocorreu devido a uma necessidade de os médicos terem autoridade a partir de estatuto científico e acadêmico, tornando os outros ofícios da arte do cuidado desapropriados de ocupar um campo de atividades em um mesmo patamar, com uma hierarquia, cujo topo ocuparia o prestígio e poder médico. A jurisdição sobre o ato de cuidar seria baseada nos dogmas do que poderia ou não fazer cada ofício, regra ditada pelos médicos, com base em toda credibilidade da capacidade do cuidar derivada dos avanços tecnológicos do Século XX (Pereira-Neto, 1995).

4. Estudo sobre o resgate dos aspectos subjetivos da comunicação entre profissional e paciente

Nesse século, Caprara & Franco (1999) fazem referências à década de 1950, momento em que Karl Jaspers fez críticas severas ao médico. Jaspers (em Caprara & Franco, 1999), considerava a necessidade de resgate dos aspectos subjetivos da comunicação na relação profissional de saúde e seus pacientes.

Na década de 1960, houve uma conscientização da importância da interação comunicativa profissional de saúde e paciente, como demonstra os estudos de Balint (2005) sobre a relação médico e paciente e a formação psicoterapêutica. Para o autor, o interesse desse profissional até então estava voltado para descobertas anatômicas, estruturas internas do organismo, lesões e tumores, e o ser humano era de importância secundária, tomado por noologias e palavras difíceis dos compêndios de medicina (Caprara & Franco, 1999). Como cita

Fernandes (1993, p. 26): *A subjetividade do doente jaz sob anestesia, ou perdida entre tubos.*

De igual importância, Canguilhem (2002) fala sobre a contraposição saúde e doença, não como a ausência do outro, de maneira geral, mas como uma sensação de bem-estar subjetivo da pessoa. Como cita Fernandes (1993, p. 22):

(...) saúde passa a depender do achado de substratos anatômicos e fisiopatológicos que identifiquem uma ou, na ausência desta, outra, e, por conseguinte, estas passam a ser definidas não pelo doente, mas pelo médico. Destitui-se, assim, a experiência da doença do seu caráter subjetivo, negando ao paciente o direito de sentir aquilo que ele relata caso não exista uma base cientificamente definida para esta sensação (...) Citando Canguilhem que procura resgatar à saúde o seu caráter subjetivo e normativo, (...) é definida como bem-estar, isto significa que a saúde é definida a partir de quem sente. (p. 22)

O paciente submete-se à autoridade do médico, sendo uma pessoa transformada em doente potencial, à revelia do que sente sobre si mesmo. De contrapartida, a medicina do século XXI tem como tarefa, segundo Caprara & Franco (1999), a descoberta do cuidado com o sujeito. Sendo que, a relação do profissional de saúde com o paciente é de fundamental importância,

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (p. 649).

Contudo, como observa Soar Filho (1998), a interação médico e paciente constitui-se sobre uma relação assimétrica, baseada em uma triangulação profissional da saúde, enfermidade e paciente, isto é, *“O profissional da saúde que se envolve com a dor do paciente é praticamente alguém que destoa da totalidade dos atendimentos contemporâneos, onde praticamente faz-se uma redução drástica da pessoa para um simples sintoma”* (Angerami-Camon, 1998, p. 54).

Nas palavras de Soar Filho (1998), o triângulo representaria uma molécula básica de um sistema emocional, no qual descreve o *equilíbrio dinâmico* de um sistema composto por três elementos. No entanto, quando dois deles interagem continuamente, o profissional de saúde e a doença formam uma díade que exclui do campo relacional um dos elementos com os quais deveria interagir, o paciente. Com isso, o elemento excluído, o paciente, vem a se organizar com flutuações

no nível de ansiedade, esperando que haja um convite para vir a se relacionar novamente no triângulo, porém formando uma díade com o profissional de saúde, como coterapeutas do encontro terapêutico.

De acordo com Fernandes (1993), essa forma de triangulação vem sendo constituída no encontro do médico com o doente baseado na perspectiva do modelo biomédico, como nos diz Caprara & Franco (1999, p. 650), "*É importante considerar criticamente o desenvolvimento do modelo biomédico como contexto no qual se configuram formas de relação médico-paciente e, assim, ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática*". O modelo biomédico, segundo Ramos (2006), tem como pressuposto a substituição dos fatores psicológicos, biológicos, ambientais e pessoais por uma ênfase em anomalias biológicas. Em acordo, Caprara & Franco (1999) menciona-se que,

A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamental (p. 650-651).

Os autores relatam como o modelo biomédico fica reduzido a semiologias, em que a referência ao paciente como indivíduo é colocada de lado, em favor do materialismo e do mecanicismo. Ramos (2006) ressalta que, ao entrarmos no século XX com uma visão fragmentada do homem, percebe-se no campo médico uma ênfase na objetividade e padronização de sintomas. Esses fatores têm modelado o conceito de doença e da relação mente e corpo.

A imagem do médico também aparece como uma figura paternalista, baseada no modelo unidirecional, ao contrário de ser investido em um bidirecional, isto é, profissional de saúde-paciente. Pode-se observar que constitui uma relação de troca entre o profissional de saúde e o paciente fundamentado em um relacionamento de poder assimétrico. Como nos diz Botega (2002, p.58):

De um lado, uma pessoa em estado de demanda, sofrendo, em situação de vulnerabilidade. De outro, alguém que dispõe de um saber, que poderá agir estritamente em um papel técnico, de prestação de serviço, ou então, abrir-se, oferecendo ouvidos atentos e acolhimento, em uma relação interpessoal, fortemente condicionada por sentimentos, transferências e contratransferências.

Deste modo, nos séculos XX e XXI, o paradigma mecanicista no qual fundamenta o modelo biomédico sofre vários questionamentos e surgem novas

teorias, especialmente, nos campos da física e da química, tais como, a teoria da evolução de Jean B. Lamarck e Charles Darwin, a teoria da relatividade de Einstein, o eletromagnetismo, com contribuições de Faraday e Maxwell, e as teorias quânticas de Max Plank. Essas teorias apontam uma visão reducionista na abordagem saúde e doença baseada na metáfora do homem máquina e incluem uma visão sistêmica do homem, compreendendo a pessoa na sua totalidade biológica, psicológica e social, assim como proposto por Capra (1997).

Algumas práticas em Psicologia desenvolvidas no Brasil e no mundo contribuíram para discussões sobre essa necessidade do Século XX de modificações de paradigma. Dentre elas, dá-se destaque à Psicologia Analítica e à Psicologia da Saúde. A seguir comenta-se, brevemente, as suas contribuições.

5. Os modelos da Psicologia Analítica e da Psicologia da Saúde sobre o processo saúde-doença

A Psicologia, ao final do século XIX, segundo Medeiros, Bernardes & Guareschi (2005), foi uma disciplina desenvolvida à distância dos temas referentes à saúde. Os estudos de Wundt desenvolvidos em laboratório versavam sobre aspectos da consciência. Distante dos conceitos como saúde, doença ou cura, a Psicologia Científica que nascia na Alemanha, reforçou a noção de indivíduo/organismo que se mantinha distante do estudo da saúde da população.

De acordo com aqueles autores, a aproximação da Psicologia ao conceito de saúde ocorreu por intermédio dos primeiros estudos de Freud, por meio da investigação sobre os processos psicopatológicos. O conceito de inconsciente passa a englobar práticas futuras do campo da Psicologia. Na realidade, duas personalidades são relevantes para a presente discussão: Freud, que parte da noção de indivíduo para estudar fenômenos que se repetiriam no coletivo, e Jung, que parte do coletivo para estudar o individual. Enquanto Freud ancorava suas investigações no conceito de Complexo de Édipo, Jung sustentava sua teoria a partir da noção de Arquétipos. Os dois especialistas, Freud e Jung, partiam da necessidade de buscar estratégias para permitir o autoconhecimento da região desconhecida do homem, ou seja, o inconsciente.

Ao final da Segunda Guerra Mundial, a Psicologia aproxima-se de outras disciplinas que tomam como seu objeto a saúde das populações através da Psicologia Aplicada, seja nas fábricas, nas escolas, nas organizações, nas clínicas de saúde, desenvolvendo ações voltadas para a sua manutenção em nível individual. A década de 1960, no Brasil, foi marcada por experiências em Psicologia Social Comunitária e Psicologia Hospitalar. Ações preventivas e de promoção de saúde passam a ser incorporadas nas estratégias de intervenção em Psicologia.

Deste modo, a ciência que durante o Século XIX encontrava-se fortemente associada ao laboratório de pesquisa dos fenômenos da consciência com Wundt, aproximou-se da busca da subjetividade através da influência da Psicanálise e estabeleceu-se como área de intervenção e produção de conhecimento na saúde a partir da segunda metade do século XX. A seguir, abordaremos as contribuições da Psicologia Analítica e da Psicologia da Saúde para as discussões sobre o processo saúde-doença e a forma de relação profissional-paciente.

a) Psicologia Analítica

A Psicologia Analítica, também chamada Psicologia Junguiana, do fundador Carl Gustav Jung (1961/2000a), psiquiatra suíço, descreve a personalidade total ou psique através de vários sistemas diferenciados, mas atuando entre si. Os três principais são o ego, o inconsciente pessoal e seus complexos, o inconsciente coletivo e seus arquétipos (anima, animus, sombra) (Mello, 2003).

Na busca de um enfoque transdisciplinar demonstrado pela Psicologia Analítica, a carta adotada no Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, o comitê de redação composto por Freitas, Morin & Nicolescu (1994) transcreveu o conceito como complementar à abordagem disciplinar, que faz emergir novos dados a partir da confrontação das disciplinas, oferecendo uma nova visão da natureza da realidade. Portanto, a transdisciplinaridade não procura a maestria de várias disciplinas, mas a abertura de todas elas ao que as une e as ultrapassa.

Os estudos junguianos não se limitaram à determinada área médica ou psicológica. A teoria Junguiana emergiu do inconsciente do seu próprio autor, que influenciou toda a sua obra, nas frases de Jung (1935 e 1939/2000 b, p. 19), *“Minha vida é a história de um inconsciente que se realizou. Tudo o que nele repousa aspira a tornar-se acontecimento, e a personalidade, por seu lado, quer evoluir a partir de suas condições inconscientes e experimentar-se como totalidade”*.

Na visão junguiana, a abordagem dos fenômenos tem seu enfoque em uma visão de totalidade, ao mesmo tempo em que valoriza a singularidade. Nessa concepção, o individual e o social, embora distintos, constituem polos interligados, caracterizam um movimento inter-relacionado. Existe uma ligação entre todos os seres humanos, que os unem à sua cultura presente e ancestral. O inconsciente seria formado por aspectos individuais, coletivos, culturais, históricos, que ultrapassam os limites de tempo e espaço (Gasparello, 2006).

Poder-se-ia considerar a doença, do ponto de vista junguiano, como tendo origem nos complexos que provocariam alteração fisiológica e psicológica sincronicamente. Conflitos como choques e traumas emocionais podem, por si só, ser responsáveis pela formação dos complexos. Destes dependem o mal-

estar ou o bem-estar da vida do indivíduo. Um dos passos importantes para o conhecimento de si próprio será trazer à consciência os complexos inconscientes. É necessário, para a assimilação do complexo, não só a sua compreensão racional e intelectual, mas que o afeto nele condensado seja ab-reagido, ou seja, que se exteriorize por meio de descargas emocionais (Silveira, 2001).

Para a Psicologia Analítica, é possível verificar uma regressão primitiva no relacionamento corpo e mente e que expressa simbolicamente a perturbação no eixo Ego-Self, na forma de um sintoma da doença orgânica ou mental (Ramos, 2006). Para essa abordagem, o *Ego*, segundo Silveira (2001), é o centro da consciência, um complexo de elementos numerosos, formando unidade coesa para transmitir impressão de continuidade e identidade. Jung preferia a expressão *Complexo do Ego*. O termo *Self* explica toda a personalidade, a totalidade da psique, incluindo o *Ego*. Portanto, o centro da personalidade estabelece-se agora no *Self*, e a força energética que este irradia englobará todo o sistema psíquico. A consequência será a totalidade do *Ser*. Assim, o indivíduo já não estará fragmentado interiormente.

O paciente orgânico codifica seu conflito no sistema somático, a doença seria apenas um símbolo, cuja tradução só seria possível considerando o homem na sua totalidade, pois *Psique e a matéria são aspectos diferentes de uma única e mesma coisa* (Jung, 1912 a 1952/1972, p. 418). Assim, em relação à saúde e doença *Toda e qualquer doença tem uma expressão no corpo e na psique simultaneamente. O que leva um paciente a procurar um médico ou psicólogo nos nossos dias é o grau de sofrimento em uma polaridade* (Ramos, 2006, p. 72). Para Dethlefsen & Dahlke (1996), as polaridades saúde-doença são expulsas do útero da realidade como aspectos gêmeos de uma só e mesma unidade. Ramos (2006, p. 78) sintetiza este pensamento dizendo que

O sintoma orgânico pode corresponder a uma cisão na representação de um complexo/arquétipo em que a parte abstrata/psíquica ficou reprimida. Ao ficar desconectada do ego, esse sintoma se repetirá compulsivamente como uma tentativa de integrar à consciência, a fim de que o processo de individuação prossiga.

A doença seria um símbolo da necessidade da re-conexão do diálogo eixo ego-self. Um funcionamento inadequado da psique pode causar prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal pode afetar a psique, pois esta e o corpo não estão separados, mas são animados pela mesma vida. Assim sendo, é rara a doença corporal que não revele complicações psíquicas.

Acomete-nos a dúvida se, no final das contas, toda esta separação entre alma e corpo nada mais seja do que mero expediente da razão para que percebamos os dois lados da mesma realidade, uma separação - conceitualmente necessária - de um só e mesmo fato em dois aspectos aos quais atribuímos indevidamente até mesmo uma existência autônoma (Jung, 1912 a 1952/1972, p.619).

Jung não colocava seus pacientes como vítimas da cisão cartesiana. Por seus escritos, percebe-se que seria preciso escutar o aspecto simbólico da doença (Ramos, 2006). Conforme Jung (1961/2000a), o ser humano não se constitui apenas do anatômico e do fisiológico, mas na relação do profissional de saúde com o paciente; há necessidade de saber escutar o outro, isto é, o ser humano na sua totalidade.

O fato é que enquanto ser humano, encontro-me diante de um outro Ser Humano. A análise é um diálogo que tem necessidade de dois interlocutores. O analista e o doente se encontram, face a face, olhos aos olhos. O médico tem alguma coisa a dizer, mas o doente também (p. 121).

No relacionamento do profissional de saúde com o paciente, Jung destaca dois fenômenos/mecanismos psicológicos importantes envolvidos, isto é, a transferência e a contratransferência. Para Jung (1935 a 1939/2000b), a transferência é uma projeção, em que revela um conjunto de expectativas mágicas e onipotentes depositadas no profissional de saúde. Contudo, as projeções devem ser recolhidas e o profissional de saúde não deve empregá-las para o preenchimento das expectativas do paciente como uma espécie de salvador.

Realmente, *são os espinhos do ofício de terapeuta tornar-se psicicamente infectado e envenenado pelas projeções às quais se expõe. Tem de estar continuamente em guarda contra a autoestima excessiva (p.161).* Em relação à contratransferência, compreende tudo o que, da personalidade do analista, pode intervir no tratamento.

As emoções dos pacientes são sempre ligeiramente contagiosas e isto se acentua cada vez mais quando os conteúdos que o paciente projeta são idênticos aos elementos do inconsciente do próprio terapeuta. Aí, ambos despencam na mesma caverna da inconsciência e entram num estado de participação. É o fenômeno que Freud denominou contratransferência. Consiste numa projeção mútua e no fato de se sentirem ambos amarrados na mesma inconsciência. É evidente que tal estado é o fator mais confuso para análise e paciente; perde-se toda a orientação, e o fim de uma análise dessas é um desastre (Jung, 1935 a 1939/2000b, p.149).

Jung também propõe a da autoanálise do terapeuta, isto é, a análise didática. Considera o trabalho em equipe, se possível transprofissional para favorecer essa atenção aos profissionais de saúde, no qual há um espaço para a troca de ideias e construção de forças compartilhadas em ações conjuntas associadas que vise à melhora da instituição saúde. Como apresenta Jung em relação à análise didática:

Mesmo os analistas não são absolutamente perfeitos, e pode acontecer que sejam inconscientes a respeito de certos fatores. Eis por que, há algum tempo, determinei que os próprios terapeutas deveriam ser analisados. Deveriam ter uma espécie de diretor espiritual. (p. 149)

b) Psicologia da Saúde

Considera-se, inicialmente, importante diferenciar o conceito de psicologia clínica, psicologia hospitalar e psicologia da saúde segundo o modelo proposto por Castro & Bornholdt (2004) e Silva, Tonetto & Gomes (2006). A denominação Psicologia Hospitalar parece ser inexistente em outros países além do Brasil, com a sua função centrada no âmbito secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições no gênero, particularmente hospital, nas atividades de atendimento psicoterapêutico, grupos psicoterapêuticos, grupos de psicoprofilaxia, atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva, pronto atendimento, enfermarias. O trabalho deles contribui para a avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsultoria. Assume-se como referência o local para determinar a área de atuação.

A Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender os fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam o bem-estar e a doença. Pode ser realizada em variados contextos, como por exemplo: hospitais, postos de saúde, centros comunitários e organizações não governamentais. O objetivo é promover a educação para a saúde, intervindo com a população em sua vida cotidiana antes que haja risco ou algum problema de âmbito sanitário, ainda capacitando a própria comunidade para ser agente de transformação para a melhora da qualidade de vida. Deste modo, a Psicologia da Saúde enfatiza as intervenções sociais com valorização da atenção primária, abrangendo aspectos para além do trabalho no hospital.

Já a Psicologia Clínica centraliza sua atenção em contextos e problemáticas em saúde mental nos três níveis de atuação, ou seja, na prevenção primária, secundária e terciária. Contudo, a Psicologia da Saúde também propõe um trabalho abrangente nos três níveis, mas aplicado ao âmbito sanitário, sobre as implicações emocionais, sociais e físicas do bem-estar e da doença. Na

Psicologia Hospitalar, sua atuação poderia ser incluída nos preceitos da Psicologia da Saúde, porém limitando-se à instituição hospitalar e ao seu trabalho mais no nível de prevenção secundária e terciária.

Assim, no ano de 1978, nasceu nos Estados Unidos a divisão de Psicologia da Saúde da *American Psychological Association* (APA) para delimitar a atuação da Psicologia na área da Saúde. Daquele ano data a clássica definição de Psicologia da Saúde elaborada por J. Matarazzo (Citado por Straub, 2005), que destacava quatro objetivos deste campo de atuação: a) estudar a etiologia das doenças; b) promover a saúde; c) prevenir e tratar doenças e d) promover políticas, bem como aprimorar o sistema público de saúde.

Straub (2005) define que a Psicologia da Saúde adota a perspectiva biopsicossocial, a qual reconhece os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que, em conjunto, são determinantes para as condições do bem-estar e para a vulnerabilidade às doenças. Da presente definição emerge um conceito de saúde que só pode ser explicado a partir de contextos múltiplos do conhecimento.

Segundo Silva e outros (2006), há registros do trabalho de psicólogos em hospitais desde a década de 1950 no Brasil, sendo que a regulamentação da profissão no País só ocorreu em 1962. Nos EUA, a profissão de psicólogo já havia iniciado sua atuação, mas, inicialmente, tinha pouca participação nas questões de cuidado com a saúde. Havia o entendimento de que a formação dos profissionais para assumir papéis dentro das equipes ainda era insuficiente, além de haver pouco conhecimento da realidade e das vicissitudes do ambiente hospitalar. Semelhante no Brasil, a Psicologia era concebida apenas como suporte teórico à prática médica. Os médicos não consideravam a possibilidade de um novo campo de atuação e muito menos a formação acadêmica específica para psicólogos. Por outro lado, os próprios psicólogos não se achavam preparados para exercer esse trabalho. Os profissionais enfrentavam dificuldades para inserir-se no contexto hospitalar. Não havia um modelo de atuação a ser seguido pelos profissionais ou a ser solicitado pela instituição. Eles exerciam atividades de caráter psicológico, eram graduados em outras áreas das ciências humanas, tais como pedagogia, filosofia ou ciências sociais. Em relação ao primeiro campo, o profissional ainda contava com muitas disciplinas psicológicas no seu currículo.

Nos anos cinquenta, podemos encontrar os primeiros registros no Brasil referentes à prática da psicologia em hospitais, com a atuação da psicóloga Mathilde Neder no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital da Universidade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) de Aídyll M. de Queiroz Pérez-Ramos na então Clínica Pediátrica naquele hospital. A

atenção do primeiro psicólogo era dirigida a crianças que após cirurgia, ocasionavam danos às peças de gesso e prejudicavam o trabalho de recuperação. A solicitação da equipe para a psicologia foi de desenvolver um trabalho no sentido de melhor aderência ao tratamento. As primeiras atividades da psicóloga Neder foram prestar assistência pré e pós-operatória a crianças submetidas a cirurgias de coluna e a seus familiares. Todas as atividades iniciais do psicólogo em hospital foram dirigidas à atenção pediátrica, ginecológica, maternidade e ambulatório pré-natal.

Aidyl M. de Queiroz Pérez- Ramos foi nomeada “psicologista” no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na Clínica Pediátrica na Seção de Higiene Mental, hoje Instituto da Criança. Durante os cinco anos que permaneceu no hospital, a psicóloga Pérez-Ramos dedicou-se ao atendimento tanto infantil, com diferentes quadros clínicos, quanto aos seus familiares. Participou da primeira equipe de saúde formada por diversos profissionais, com o objetivo de diagnóstico e tratamento. Pérez-Ramos foi a primeira no desenvolvimento de pesquisas aplicadas ao contexto hospitalar, publicados no final dos anos 1950 e início de 1960, portanto anterior ao reconhecimento da profissão de psicólogo no Brasil.

Enquanto que internacionalmente a profissão de psicólogo era impulsionada pelas duas Grandes Guerras Mundiais, a primeira (1914-1918) favoreceu o crescimento e a valorização da psicotécnica, enquanto a segunda (1939-1945) estimulou a entrada de psicólogos nos hospitais. Mas, o mais importante foi a mudança no conceito de saúde pela OMS em 1948, compreendendo este conceito como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças e abrangendo três domínios: saúde física, psicológica e social.

Na contramão da direção do modelo biomédico, a prática do psicólogo em hospital valorizou não apenas o sujeito organicamente, mas suas relações com o médico, a família, consigo mesmo, como também no seu processo de adoecimento, hospitalização e repercussões emocionais que emergem no processo de cuidado com a saúde.

Spink (2003) discute a forma como a Psicologia da Saúde vem-se estruturando no Brasil. A abertura do mercado de trabalho em serviço público é marca fundamental para compreender a ampliação das formas de atuação que o autor define sob a denominação de Psicologia da Saúde. Longe de ser um campo de saber e de atuação construído, ela configura um campo em construção. Fora dos consultórios particulares e de hospitais, o psicólogo, no campo da saúde, passou a fazer parte de equipes e instituições ligadas à saúde pública como postos de saúde, ambulatórios e hospitais gerais.

Na nova perspectiva, encontramos um ramo da Psicologia que se desenvolve, considerando três importantes dimensões: a) compreensão da doença como fenômeno individual e coletivo; b) construção do saber; c) a representação da doença segundo uma época ou grupo social.

Estas dimensões permitem a adoção de uma perspectiva compreensiva do fenômeno saúde/doença como processo histórico e também interprofissional e biopsicossocial.

6. Considerações Finais

A construção da imagem do profissional de saúde no decurso da história nos desvela como este relacionamento vem-se desenvolvendo ao longo dos séculos. Como cada época da história é marcada por uma construção de conhecimento, como também por uma patologia específica, na época de Cristo era a lepra; na Idade Média, as pestes; no Romantismo, a tuberculose. Da mesma forma é marcada por uma imagem do profissional de saúde e sua forma de relacionamento com seus pacientes.

O paradigma biomédico acarretaria a centralização de investimentos de resgate da saúde apenas focalizando o orgânico, reforçando a dicotomia corpo e mente, a subjetividade estaria em segundo plano. Consequência disso, a imagem do profissional de saúde torna-se cristalizada na projeção de único portador da cura, enquanto o paciente identifica-se com uma imagem de impotência, esperando investimentos externos para o restabelecimento de sua saúde. Essa situação dificultava a troca de experiências entre o profissional de saúde e o paciente, o vínculo terapêutico, a transferência e a adesão ao tratamento.

Contemporaneamente, no século XX, atravessa uma ruptura de paradigma com a segunda revolução pós-newtoniana, a teoria da relatividade de Einstein, a posterior mecânica quântica e a crítica da filosofia para com a ciência. O século XXI vivencia uma transformação para um novo paradigma baseado na física quântica, o qual insere uma visão sistêmica de compreensão do sujeito, no qual a pessoa hospitalizada deve ser vista na sua totalidade; na escuta e no acolhimento, paciente e profissional de saúde possam ser coterapeutas. O cuidado é viável na sua totalidade física e psíquica. Por fim, Jung (1935 a 1939/2000b) alerta aos profissionais de saúde de que,

Toda profissão tem seus entraves, e o da análise é de tornar-se infeccionada de projeções e transferências, principalmente das de natureza arquetípica, quando o paciente supõe que o analista é o preenchimento dos seus sonhos, não um médico comum, mas o herói espiritual e uma espécie de salvador. (p. 160)

Referências

- Angerami- Camon, V.A. (1998) Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: V.A. Angerami- Camon *Urgências psicológicas no hospital*, São Paulo: Thomson Pioneira, p. 41-60.
- Balint, M. (2005) *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Baptista, C.M.M.; Meneghelli, U.G.; Bordini, C.A. & Speciali, J.G. (2003) Cefaléia no antigo Egito. *Migrâneas cefaléias*, 6 (2), 53-55.
- Barros, J.A.C. (2002) Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Boff, L. (2004) *Saber cuidar*. Petrópolis: Vozes.
- Botega, N.J. (2002) Reações à doença e à hospitalização. In: N.J. Botega (org) *Práticas psiquiátricas no hospital geral: interconsulta e emergência*, Porto Alegre: Artmed, p. 43-59.
- Brandão, J. de S. (2005) *Mitologia grega*. Volume I. Petrópolis: Vozes.
- Canguilhem, G. (2002) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caprara, A. & Franco, A.L.S. (1999) A relação paciente- médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de saúde pública*, 15(3), 647-654.
- Capra, F. (1997) *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix.
- Castro, E.K. & Bornholdt, E. (2004) Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 24 (3), p. 48-57.
- Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1996) *A doença como caminho*. São Paulo: Cultrix.
- Fernandes, J.C.L. (1993) A quem interessa a relação médico paciente? *Cadernos de saúde pública*, 9(1), 21-27.
- Figueiredo, B.G. (1999) Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. *História, ciências, saúde- Manguinhos*, 6(2), 277-291.
- Foucault, M. (2005) O nascimento do hospital. In: M. Foucault *Microfísica do poder* (p. 99-111), Rio de Janeiro: Graal.
- Freitas, L; Morin, E. & Nicolescu, B. (1994) *Carta da transdisciplinaridade*. Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Convento da Arrábida, Portugal.
- Gasparello, V.M. (2006). Subjetividade e formação de professores: algumas reflexões a partir da psicologia analítica. *Revista E-Curriculum* [periódico na Internet]. [acessado 2009 dez 17], 2(3), [cerca de 18p.]. Disponível em: http://www.pucsp.br/ecurriculum/artigos_v_2_n_1_dez_2006/ARTIGO%20SUBJETIVIDADE2.pdf
- Gomes, W. (2006) A Caminho dos Arquivos da História da Psicologia Americana. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. Ano XXVI (01/06), p. 35-41.

- Groesbeck, C.J. (1983) A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*. v.1, p.72-96.
- Hoirisch, A. (1992) Identidade médica. In: J. de Mello Filho e col. *Psicossomática hoje*, Porto Alegre: Artmed, p. 70-72.
- Jung, C.G. (1972) *The structure and dynamics of the psyche*. Princeton: Princeton University Press. (Originalmente publicado entre 1912 a 1952).
- Jung, C.G. (2000a) *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Originalmente publicado em 1961).
- Jung, C.G. (2000b) Quinta conferência. In: C.G. Jung *A vida Simbólica*, Petrópolis: Vozes, p. 144- 185. (Conferências proferidas entre 1935 e 1939).
- Medeiros, P.F., Bernardes, A.G. & Guareschi, N.M. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (3), p. 263-269.
- Mello, E.C.C. (2003) A teoria e a clínica junguiana. In: Mello, E.C.C. *Mergulhando no mar sem fundo*, Rio de Janeiro: Aion, p. 13-55.
- Merhy, E.E.; Campos, C.R. & Malta, D.C. (Org.) (1998) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã.
- Pereira- Neto, A.F. (1995) A profissão médica em questão (1922): dimensões históricas e sociológicas. *Cadernos de saúde pública*, 11(4), 600-615.
- Pimenta, T.S. (2003) Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. *Cadernos Cedes*, 23(59), 91-102.
- Queiroz, M. S. (1986) O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de saúde pública*, 20(4), 309-317.
- Ramos, D.G. (2006) *A psique do corpo*. São Paulo: Summus.
- Silva, L.P.P; Tonetto, A.M. & Gomes, W.B. (2006) Prática psicológica em hospitais: adequações ou inovações? Contribuições históricas. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVI (3), 24-37.
- Silveira, N. (2001) *Jung: vida e obra*. São Paulo: Paz e Terra.
- Soar Filho, E.J. (1998) A interação médico- cliente. *Revista da associação médica brasileira*, 44(1), 35-42.
- Sousa, J.P. & Costa, R. (2005) Regimento proveitoso contra a pestilência: uma apresentação. *História, ciências, saúde- Manguinhos*, 12(3), 841-851.
- Sousa, M.A.S.M. (2005) A arte médica em Roma antiga De medicina de Celso. *Ágora, estudos clássicos em debate*, 7, 81-104.
- Spink, M.J.P. (2003) Psicologia da Saúde. A estruturação de um novo campo de saber. In: M.J.P. Spink *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*, Petrópolis: Vozes, p. 29-39.
- Straub, R.O. (2005) Introdução à Psicologia da Saúde. In: R.O. Straub *Psicologia da Saúde*, Porto Alegre: Artmed, p. 33-51.

Recebido em: 20/01/2010 / Aceito em: 15/03/2010.