



ORIGINAL

---

## SAÚDE, DOENÇA E ENFERMAGEM: SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

### *HEALTH, SICKNESS AND NURSING: THEIR SOCIAL REPRESENTATIONS FOR NURSING STUDENTS*

Márcia Niituma OGATA<sup>1</sup>  
Helen Cristina PEDRINO<sup>2</sup>

#### RESUMO

As práticas dos profissionais de saúde requerem uma reflexão constante, que consiste em conhecer as concepções de saúde e doença que afetam a esses profissionais. Desde a formação acadêmica, essas concepções devem ser desvendadas, buscando-se formar profissionais críticos, reflexivos e transformadores da realidade. Saber se os alunos identificam a existência de práticas inovadoras torna-se importante, pois estas também são responsáveis pelas transformações das representações sociais das idéias e dos objetos. Neste estudo, a amostra constituiu-se de quinze graduandos em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, em diferentes momentos da formação acadêmica. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, que foram transcritas e os conteúdos das falas trabalhados no *software* ALCESTE 4.0. Os dados obtidos foram analisados sob à luz da Teoria das Representações Sociais. Apesar de ainda haver permanências do conceito de saúde como bem-estar físico e do conceito da prática do enfermeiro como sendo estar restrita aos seus aspectos biológicos,

---

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luís, Km 235, São Carlos, SP, Brasil. Correspondência para/*Correspondence to*: M.N. OGATA.

<sup>2</sup> Acadêmica, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. Bolsista PIBIC/CNPq. Brasil.

vislumbra-se que, no decorrer da graduação, tem havido mudanças nas representações dos alunos em relação às suas concepções de saúde e doença e de sua prática da enfermagem.

**Termos de Indexação:** educação em enfermagem, psicologia social, representações sociais.

## ABSTRACT

*The practice of health professionals requires constant reflection, which consists in knowing the perceptions of health and illness that affect these professionals. Since academic formation, such conceptions should be unmasked, in order to form critical and reflexive professionals, transformers of the reality. It is important to know if the students are able to identify existing innovative practices, because these are also responsible for changes in the social representations of ideas and objects. This study's subjects were fifteen Nursing undergraduate students from the Universidade Federal de São Carlos, in different moments of the academic formation. Semi-structured interviews were performed and then transcribed; all the speech contents were further processed on the ALCESTE 4.0 software. The obtained data were analyzed according to the Social Representations Theory. In spite of the remaining perceptions that identify health solely as physical well-being and the nursing practice as being restricted to its biological aspects, it is possible to perceive that, along the undergratuation process, there have been changes on the students' representations concerning health, illness, and their nursing practice.*

**Index terms:** education, nursing, manpower, psychology, social, social representation.

## INTRODUÇÃO

A palavra saúde tem sua origem no latim *salute*, que significa salvação, conservação da vida, enquanto que doença vem de *dolentia*, que significa sofrer, sentir dor. Podemos observar que a saúde e a doença recebem diferentes significados de acordo com os momentos históricos determinados pelas políticas públicas, abrangendo aspectos econômicos, culturais e psicossociais e, conseqüentemente, pelas políticas de saúde.

A visão racional da medicina nasce com a observação empírica de Hipócrates, que condicionava fatores ambientais ligados à doença e defendia um conceito ecológico de saúde-doença, ressaltando também a multicausalidade.

Podemos observar que a fragmentação do indivíduo é historicamente determinada. Caracterizando a dicotomia, o modelo de Descartes<sup>1</sup> concebia espírito e corpo como entidades separadas.

A partir dessa concepção, a medicina encarregou-se da parte corpórea. As doenças passaram a pertencer somente ao corpo, em consequência dos desajustes de órgãos e sistemas da máquina humana; as questões da alma pertenciam somente a Deus. Em função disso foi preciso conhecer como essa máquina funcionava. Essa necessidade caracterizou o movimento científico, a partir do século XVII.

Nesse modelo mecanicista, o homem perdeu a sua identidade. O enfoque é dado na objetividade, sendo que a subjetividade e as particularidades do

indivíduo são meramente desprezadas. Os aspectos psicossociais são claramente anulados.

...cada tratamento é apenas uma repetição de experiências que têm probabilidades de êxito definido. Cada resultado, seja positivo ou negativo, é um passo no caminho da decisão que será tomada para a escolha do tratamento do próximo paciente<sup>2</sup>.

Pode-se considerar que o conceito mais difundido de saúde é o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no preâmbulo da sua Constituição, em 1946. Ele versa que "a saúde é um completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de distúrbio ou doença", relacionando-a com a felicidade, harmonia e segurança dos povos.

Rezende<sup>3</sup> criticou essa definição afirmando que a saúde deve ser vista de uma maneira dinâmica e relativa e não como condição absoluta e estática. Este conceito foi considerado por Moura<sup>4</sup> como abstrato, estático, inadequado, impreciso, utópico, inatingível, entre outros adjetivos.

Berlinguer<sup>5</sup> considera que o binômio saúde/doença tem sido visto de uma maneira muito simplificada. Na sua concepção, as mesmas condições que podem trazer vida podem produzir doença, estabelecendo uma relação ambivalente. Torna-se, portanto, complexa a busca por uma definição única e absoluta de saúde e de doença, sendo difícil para o próprio indivíduo, por diversas vezes, avaliar se está sadio ou doente. A avaliação da doença dependerá do estágio de desenvolvimento de um povo, bem como da ótica do observador, em face das mais diversas maneiras de conceber e de dar um valor aos determinantes de saúde e doença.

É importante considerar que em toda cultura, em certo momento, privilegiam-se determinadas representações que são dominantes, em detrimento de outras, as quais não estão necessariamente ausentes mas sim marginalizadas em relação às anteriores, e algumas delas até descartadas do cenário social em determinado momento.

Segundo Paim<sup>6</sup>, a produção teórica das décadas de 70 e 80 apontava para a necessidade

de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. Eles decorrem do entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não devem ser explicadas numa dimensão somente biológica e ecológica, pois elas são social e historicamente determinadas, fazendo parte do processo de reprodução social.

Nesse mesmo momento, no Brasil, com o intenso processo de privatização da saúde, o fim do milagre econômico, o crescimento da dívida externa, a recessão econômica e os altos custos com a medicina previdenciária, ocorreu a crise do sistema de proteção social brasileiro. Iniciou-se também o processo de transição democrática no País, com a crise de legitimidade do governo e a mobilização da sociedade civil contra o Estado, e surgiu o movimento sanitário, com a finalidade de buscar a conquista da saúde.

Um marco histórico no Brasil na busca da construção de um novo conceito de saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986<sup>7</sup>. Nesse evento, representantes dos profissionais, dos dirigentes e da população organizada discutiram a necessidade de não mais considerar a saúde meramente como a ausência de sinais e sintomas patológicos, característicos de doenças conhecidas e mensuráveis fisicamente ou aquelas em que o sofrimento mental chega a alienar o ser humano, afastando-o socialmente. Podemos observar esse aspecto no seu relatório, que diz:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de desenvolvimento,

devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas<sup>7</sup>.

Aliado a essa questão, os cidadãos tiveram assegurado o direito à saúde enquanto garantia de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis, com o objetivo de atingir um desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Firmou-se que essas condições devem ser garantidas pelo Estado a toda a população.

As discussões que emergiram desse evento sobre os determinantes de saúde, numa perspectiva maior, e do direito à saúde culminaram na aprovação da Saúde como uma Seção do Capítulo II da Seguridade Social, do Título da Ordem Social da Constituição Federativa do Brasil de 1988<sup>8</sup>.

Nessa Seção consta que: "Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"<sup>8</sup>.

Essa é uma conquista do Setor de Saúde, por meio da qual a saúde tornar-se um direito constitucional, trazendo ainda consigo princípios fundamentais que têm norteado o Sistema Único de Saúde (SUS), também criado a partir da Constituição de 1988<sup>8</sup>.

Após essa conquista, foram aprovadas duas Leis Orgânicas da Saúde, 8090/90 e 8142/90, que regulamentaram esse texto da Constituição<sup>9</sup>. Há que se considerar que não basta a sua formalização em termos constitucionais para que esses direitos se materializem. É necessário que o Estado efetivamente comprometa-se com uma política de saúde, social e econômica, voltada para essas conquistas sociais e que estabeleçam formas de controle dessas políticas pela população.

A radicalidade na mudança do conceito de saúde exige uma totalidade de alterações em todos os sentidos, inclusive de ordem ética e cultural.

O aluno de enfermagem durante o seu processo de formação acadêmica, em qualquer

momento de sua atuação prática ou em sua própria experiência pessoal de assistir o ser humano no processo saúde/doença, tem também uma compreensão não biomédica do processo patológico e do tratamento, mesmo sendo o modelo médico hegemônico e cristalizado baseado na fragmentação do indivíduo. Será que em algum momento dessa formação, os alunos são levados a refletir sobre o que leva os profissionais a desenvolverem sua prática dentro de um modelo funcionalista e cartesiano ou num modelo que considera o indivíduo como um ser único, inserido dentro de um contexto histórico, social, cultural e econômico, interagindo com ele, provocando e sofrendo processos de mudança? De que maneira as experiências vividas, tanto pessoais quanto profissionais, interferem em suas ações?

Segundo Ogata<sup>10</sup>:

...não se deve deixar de considerar a importância fundamental das questões políticas, sociais e econômicas na determinação das condições de saúde e que estas fazem parte de uma dimensão das macroestruturas. Considera-se também que se não houver a reflexão da realidade nas microestruturas e não se buscar novas práticas, estamos todos contribuindo para a manutenção do modelo que não visa a obtenção da saúde e a defesa da vida.

Como diz Merhy<sup>11</sup>, sabemos que se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representado como doença – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde.

Acreditando que, para que os graduandos em Enfermagem possam enquanto trabalhadores da saúde atuar de maneira mais efetiva como transformadores dessa prática, faz-se necessário conhecer o que representa para eles a saúde e a doença. Conhecer suas representações sociais significa desvelar e evidenciar realidades por vezes desconhecidas e que norteiam a sua própria atuação.

Num outro aspecto, considera-se que as práticas profissionais inovadoras propiciam

transformações nas estruturas das representações sociais e, portanto, a incorporação de novas idéias e imagens dos objetos. Neste sentido faz-se importante buscar identificar se os alunos percebem novas práticas na saúde e na enfermagem.

Vale salientar que toda a elaboração de uma representação, seja ela científica ou popular, resulta de alguma escolha ao mesmo tempo cultural e individual, racional e afetiva.

Acreditando que o processo de formação acadêmica do enfermeiro tem um papel importante na determinação das representações sociais de saúde, de doença e da prática profissional nesse contexto, influenciando tanto no sentido de mantê-las quanto de transformá-las, é que esta pesquisa teve os seguintes objetivos: 1) identificar as representações sociais de saúde e de doença dos alunos de graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); 2) caracterizar a prática do profissional enfermeiro, na percepção do graduando, no contexto da saúde e da doença.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Os sujeitos da pesquisa foram quinze alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSCar, obtidos a partir de um corte por turmas, nos diferentes momentos do seu processo de formação, sendo cinco participantes de cada um dos três períodos escolhidos, ou seja, segundo, sexto e oitavo semestre. Os participantes foram os indivíduos que manifestaram interesse pelo trabalho.

Esta pesquisa utilizou-se de metodologia qualitativa para o seu desenvolvimento. Os dados foram coletados mediante a utilização da técnica da Entrevista que, segundo Minayo<sup>12</sup>, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo, por meio da qual podem ser obtidas informações objetivas e subjetivas. Para este estudo realizaram-se entrevistas semi-estruturadas.

Num primeiro momento foram coletados dados que permitiram traçar o perfil dos entrevistados, e um segundo momento da entrevista

foi conduzido por meio de um roteiro de questões norteadoras que abordavam os cuidados com a saúde e a doença desde os seus avós, pais, profissionais da saúde, enfermeiro até o próprio sujeito.

Zavalloni<sup>13</sup> denomina essa metodologia de Inventário de Identidade Social, que se baseia em associações realizadas pelo indivíduo a partir da descrição dos grupos aos quais o sujeito pertence utilizando a técnica de Introspecção Focalizada, na qual as respostas obtidas nos dados de primeira ordem serviram para gerar dados de segunda ordem.

Para dar início à coleta de dados, o projeto obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar.

Realizaram-se entrevistas – piloto com alguns alunos do quarto semestre com o intuito de testar o instrumento de coleta de dados, sendo o critério de escolha o mesmo desta pesquisa.

Os conteúdos das falas foram trabalhados no *software* ALCESTE 4.0 (Análise Lexical por contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto), que possibilita a delimitação de classes semânticas em função da ocorrência e co-ocorrência das palavras, considerando a frequência e correlação entre elas<sup>14</sup>. Este *software* tem sido utilizado para análise de textos.

A análise dos dados teve como referência a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, que considera que as Representações Sociais (RS) “ não são homogêneas e não são partilhadas igualmente por toda a sociedade, mas partilhadas na heterogeneidade das desigualdades sociais”<sup>15</sup>.

Para Jodelet<sup>16</sup>, a representação social “ é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social”. Os seus processos formadores constituem-se de duas fases: objetivação, que consiste na materialização das idéias, imagem ou figuras; e ancoragem que é a incorporação de elementos novos de saber em marcos de referência anteriormente conhecidos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados eram pessoas de ambos os sexos, com predominância do sexo feminino, e concentrados na faixa etária de 19 a 25 anos.

Dos quinze entrevistados, dez tinham convênio privado de saúde, seis prestaram enfermagem como primeira opção e somente dois entrevistados tinham experiência profissional anterior na área de saúde, um como auxiliar de enfermagem e outro como auxiliar de dentista.

Ressalta-se que o único dado de perfil que proporcionou diferenciação das respostas foi o semestre em que se encontra o indivíduo, enquanto as outras características não se mostraram relevantes.

Na análise geral, as entrevistas foram divididas em 4 classes, de acordo com os cálculos realizados pelo programa de análise.

1) Classe 1: Doença é aquilo que incapacita. A Classe 1 estabelece uma relação entre saúde/força e doença/fraqueza. Essa relação torna-se clara nos discursos que descrevem a opinião sobre como os avós enfrentavam a saúde/doença. Para a população estudada, doença é sinônimo de fraqueza, de não poder exercer atividades costumeiras, de não poder trabalhar, assim como ser saudável é estar forte perante os outros. Para Lefèvre<sup>17</sup>:

De fato aquele que adoece não pode permanecer muito tempo doente, porque ficar doente implica em não cumprir tarefas, e isso não é admissível ou é negativamente sancionado.

Daí decorre o fato de que ou o doente ignora a sua doença, quando a considera banal, e segue cumprindo normalmente as suas tarefas, ou se dedica à tarefa específica de eliminar a doença como obstáculo ao pleno cumprimento das outras tarefas.

Dessa forma, aceitar ajuda médica ou buscar recursos de saúde é o mesmo que aceitar estar doente, vulnerável, incapacitado para o trabalho, sujeito a ser visto como não tendo vontade de trabalhar ou como não tendo condições de cumprir

com suas responsabilidades. Não há o sentido de prevenção.

Conclui-se que doença para os sujeitos é aquilo que incapacita, que segrega o indivíduo do convívio social. O fato de estar forte, trabalhando, é tido como um importante indicador de saúde, pois o trabalho é considerado um fator necessário para a aceitação social.

Isso demonstra o quanto ainda é presente em nossa sociedade a ideologia capitalista de que o trabalho dignifica o homem, mas esse pensamento anteceda ao capitalismo.

Nessa Classe, trabalhar é ter saúde, e ter saúde é ser capaz de realizar suas atividades. Na visão marxista o homem, enquanto ser animal, identifica-se diretamente com sua atividade vital fazendo-se um só. Ele é a própria atividade<sup>18</sup>.

O fator informação mostrou-se bastante importante e presente nessa Classe em relação à desmistificação da doença, ou seja, a falta de informações e conhecimentos sobre a doença leva à compreensão da mesma como algo ruim, prejudicial e afasta a procura por ajuda e prevenção. *“Eles falavam aquela coisa ruim, acho que eles tinham muita dificuldade, pela própria dificuldade de acesso à informação”*(Sujeito13).

2) Classe 2: Para o profissional de saúde. *“Saúde é bem-estar físico”*. Os conteúdos que constituem essa Classe referem-se a aspectos da prática dos profissionais de saúde, relacionando-a com a concepção biologicista da saúde. O profissional de saúde não vê o paciente como um todo, de maneira integral, o que se reflete na sua prática, pois acaba cuidando e tratando somente a parte física afetada pela doença. *“Está muito nos profissionais essa coisa da doença só física”*(Sujeito12).

Neste sentido, observa-se que o conteúdo das falas dos sujeitos que dizem respeito à prática do profissional de saúde emerge de suas experiências enquanto graduandos e de suas experiências de vida. Segundo Ogata<sup>10</sup>:

Essa saúde, centrada nos aspectos biológicos, essencialmente definida a partir de sinais e

sintomas, retrata o modelo medicocêntrico, hospitalocêntrico e biologicista da década de 70 no Brasil. Tem como característica principal o pronto atendimento, enquanto clínica hegemônica, onde os profissionais de saúde trabalham com o modelo queixa-cura, que apresenta baixa resolutividade nos atendimentos, mas consegue garantir o acesso aos usuários.

As falas contidas na Classe 2 caracterizam o que geralmente encontramos nos nossos serviços de saúde, e conseqüentemente nos dão uma visão da formação desses profissionais, pois foi esse modelo cartesiano que guiou e que ainda tem guiado a formação dos profissionais de saúde, ou seja, necessita-se de alguém para curar/consertar uma engrenagem que não está funcionando bem. O homem perdeu sua identidade, sendo que as particularidades e a subjetividade simplesmente foram deixadas de lado.

É a partir deste contexto que se deve pensar as necessárias mudanças na produção do conhecimento na saúde e na formação profissional. Porém é sabido que tais mudanças na formação não podem ser superficiais, com simples rearranjos de carga horária ou introdução de novas disciplinas, mas mudanças profundas que tenham como objetivo a formação de indivíduos críticos, com capacidade de ação e posição<sup>19</sup>.

3) Classe 3: Doença como estímulo à procura por serviços de saúde: Essa Classe caracterizou-se pela busca por serviços de saúde enfatizando a importância do poder aquisitivo. Nota-se que os recursos naturais tais como chás e ervas raramente aparecem e, quando o fazem, seu uso é mais significativo entre os avós e pais no cuidado com a própria saúde. *"A gente vai ao médico, já a minha mãe não, ela se trata em casa com as ervas dela"*(Sujeito 7).

O uso de recursos naturais foi se perdendo nas famílias, aumentando a busca por recursos médicos. Isso se deve ao intenso processo de urbanização e à compreensão da saúde como mercadoria. Entende-se por mercadoria, de acordo

com a definição marxista presente em Horton, citado por Lefèvre<sup>17</sup>: "... um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz as necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estômago ou da fantasia".

Observa-se que a procura por serviços de saúde é impulsionada pela própria doença e que há uma busca pela cura da doença e não pelo restabelecimento da saúde. Essa concepção torna-se um dos maiores entraves para a adoção de um modelo de atenção à saúde voltado para garantir a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e a possibilidade das pessoas adquirirem uma autonomia no cuidado de sua saúde. *"Ele sente alguma coisa assim ele já procura um médico"* (Sujeito 6).

A saúde torna-se um bem de consumo, assim a falta de dinheiro impossibilita a aquisição desse bem e de medicamentos, e se transforma num agente causador e/ou agravador de doenças refletindo a política capitalista a que somos submetidos. O medicamento passa a incorporar a saúde e a representá-la. Segundo Lefèvre<sup>17</sup>, o medicamento é o recurso fácil e rápido que permite o imediato restabelecimento da tarefa.

Assim, a concepção de uma boa assistência à saúde relaciona-se ao acesso a convênios de saúde, à medicina privada, e, portanto, ao poder aquisitivo. *"Se você tiver um bom convênio de saúde, você vai ter uma assistência 100%"*(Sujeito 4).

É sabido que em nossa sociedade o capital é demasiadamente valorizado, pois dele provêm o *status* e o poder de consumo. A posse de capital proporciona a aceitação social. Isso faz com que se valorize o que pode ser comprado, adquirido, e a saúde veste esse papel de bem de consumo tornando-se um bem de valor e de melhor qualidade quando comprada.

4) Classe 4: Saúde é ter qualidade de vida. Nesta classe trata-se a questão da saúde enquanto qualidade de vida, ou seja, condições que tornem a vida melhor, mais fácil de ser vivida, portanto saudável.

“Você viver bem com seus familiares, viver bem com seus amigos, viver bem no seu trabalho, viver bem na sua faculdade, na sua escola, viver bem na sua igreja, é você estar livre de tudo, de todo processo que atrapalha isso, isso é você viver em saúde” (Sujeito 4).

As palavras analisadas relacionam-se a aspectos globais importantes na saúde, possibilitando uma visão mais integral, sem dicotomia entre o físico, emocional e social.

Ressalta-se na Classe 4 também a questão da promoção da saúde e prevenção de doenças como fatores que integram a qualidade de vida.

Destaca-se aqui que qualidade de vida não está relacionada somente a uma sensação de bem estar e que não podemos limitá-la às condições externas, a um mero conceito pois, segundo Furieri<sup>20</sup>: “Ela é composta de muitos elementos subjetivos, como o estado psicológico da pessoa, o nível de independência, o relacionamento social, as crenças pessoais e a relação com aspectos do meio ambiente”.

Esse conceito cada vez mais se aproxima da concepção ampliada de saúde, onde esta é concebida como:

...resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, os quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida<sup>7</sup>.

Portanto, o conceito de qualidade de vida vem contemplar as subjetividades ausentes no conceito ampliado de saúde.

Nota-se também nessa Classe que se considera função do enfermeiro o ouvir, o oferecer assistência integral e individualizada, de modo a evitar a doença, ou seja, trabalhar de forma a prevenir a doença e não só tratá-la, curá-la, além de promover a saúde.

## Representações Sociais de Saúde/Doença: Trabalho/Incapacidade e a Qualidade de Vida

Para Moscovici<sup>15</sup> “... a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”.

Representar não é só completar um ser objetivamente determinado com alma subjetiva, mas construir uma doutrina que facilite a tarefa de decifrar, predizer ou antecipar os fatos, ou seja, é ao mesmo tempo conhecê-los e torná-los significantes. São as representações sociais que tornam possíveis a interpretação, a elaboração e a construção do real.

O indivíduo exerce um papel fundamental na construção dessas representações, pois atua como sujeito social, já que está inserido num contexto sócio-cultural definido, possuindo uma história pessoal e social<sup>10</sup>. Ogata<sup>10</sup> afirma que:

...as Representações Sociais de saúde/doença permitem expor as concepções individuais, do grupo e de sua relação com o mundo social. Exploram a interface entre o senso comum e o pensamento científico, seja este último concebido na área da saúde como o corpo de conhecimentos ou as relações com o grupo detentor do saber.

Portanto, o modo como se pensa saúde/doença pode justificar a prática profissional na área de saúde. Os sujeitos entrevistados caracterizam a prática profissional ainda muito ligada ao aspecto físico da saúde/doença, mantendo assim uma visão dicotômica do indivíduo.

A saúde é, desta forma, identificada ainda em concepções ancoradas em modelos passados, encarada como bem estar físico, e a doença é vista como um fator limitante para o trabalho e, portanto, um fator segregador, pois exclui o indivíduo do meio social onde está inserido. Esse conteúdo aparece nas falas dos entrevistados acompanhado por um tom de crítica, pois os sujeitos reconhecem a necessidade de mudanças para se atender à realidade, conside-



rando que um fator importante para a manutenção da saúde é a melhoria da qualidade de vida.

Observa-se que, nas representações sociais de saúde e doença, estão presentes no universo reificado as concepções de saúde como completo bem estar físico e de doença como incapacitante para o trabalho, mas que estas tendem a se modificar em decorrência das concepções que permeiam o universo simbólico, que são provenientes das experiências vividas. As mudanças dessas concepções ocorrem lentamente, por isso ainda são notados traços de conceitos passados juntos com conceitos novos. Nesse sentido, a existência de concepções transformadoras não garante mudanças nas práticas desses indivíduos enquanto profissionais, porque as representações sociais tendem a mudar acompanhando a realidade desse grupo do qual fará parte e do contexto no qual está inserido.

## CONCLUSÃO

A identificação das representações sociais de saúde/doença dos graduandos do curso de Enfermagem a partir de suas experiências de vida e do momento que estão vivendo permitiu reconhecer que estas representações sociais estão modificando-se, apesar de ainda manterem traços de concepções anteriores. Portanto, encontram-se entre as experiências culturais presentes no imaginário social e as produções locais e atuais provenientes do cotidiano e do processo de interação social do mundo vivido.

A questão da qualidade de vida, presente nesta amostra, aponta a necessidade de mudança na concepção de saúde, deixando-se de focar somente o corpo físico. Isto é abordado nas falas de alunos que passaram ou estão passando pelo período profissionalizante do curso.

Verifica-se que a necessidade de mudanças na prática profissional é referida pelos entrevistados, que ressaltam a relação entre saúde e qualidade de

vida, porém não se pode afirmar que isso seja decorrente somente das experiências pelas quais estão passando neste período da graduação, pois não se deve ignorar as experiências de vida e idiosincrasias de cada indivíduo.

Seria de grande importância que o processo saúde/doença, seus conceitos e relação com a prática do profissional de saúde fosse trabalhada durante toda a graduação, não somente na teoria, mas também nos diferentes campos de estágio nos quais os alunos têm oportunidade de passar.

Para isso destinar-se-ia um momento para discussão e reflexão de alunos e docentes sobre as diferentes concepções encontradas durante esse período e seu reflexo na prática profissional, porque é por meio dessa troca de experiências, portanto, dessa dialogicidade que se constroem as Representações Sociais pertinentes a determinado grupo.

## REFERÊNCIAS

1. Descartes R. Discurso do método; as paixões da alma. *In*: Guinsburg J, Prado Júnior B, tradutores. São Paulo: Nova Cultural; 1987. (Coleção Os Pensadores).
2. Illich I. A expropriação da saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
3. Rezende ALM. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez; 1987. (Coleção Saúde e Sociedade).
4. Moura D. A saúde não se dá: conquista-se. São Paulo: Hucitec; 1989.
5. Berlinguer G. A doença. São Paulo: Hucitec; 1988.
6. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. *In*: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p.11-24.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Relatório final. *In*: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.

8. Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas; 1991.
9. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; Seção 1, p.180055-9.
10. Ogata MN. Concepções de saúde e doença: estudo das representações sociais de profissionais de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2000.
11. Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. *In*: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p.125-41.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
13. Zavalloni M. Processos cognitivos e identidade social através da introspecção focalizada. *Eur J Soc Psychol* 1971; 1(2):235-60.
14. Reinert M. Alceste: une methodologie d'analyse des donnes textuelles er une application. *Bull Methodol Sociol* 1990; 26:24-54.
15. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
16. Jodelet D. Représentation sociale: um domaine em expansion. *In*: Jodelet D. Les representations sociales. Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p.31-61.
17. Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez; 1991.
18. Codo W. O fazer e a consciência. *In*: Lane ST, Codo W, organizadores. Psicologia social: o homem em movimento. São Paulo: Braziliense; 1992. p.48-57.
19. Feuerwerker LCM. A construção dos sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Div Saúde Debate* 2000; 22:18-24.
20. Furieri F. Qualidade de vida: uma questão de atenção [Acesso 7 ago 2002]. Disponível em: <http://www.ceca.org.br/artigos/seminário.html>

Recebido para publicação em 1 de outubro de 2003 e aceito em 19 de abril de 2004.