

Produção de conhecimento em representações sociais na enfermagem¹

Antônia Regina F. Furegato;² Márcia N. Ogata³ e M^a. Jésia Vieira⁴

Resumo

O Grupo de Estudos em Representações Sociais – GERES vem, desde 1994, reunindo profissionais interessados em estudar a Teoria das Representações Sociais assim como realizar, discutir e analisar pesquisas e trocar experiências, divulgando os conhecimentos produzidos. O GERES tem propiciado o intercâmbio com especialistas e esti-

Abstract

Since 1994, the Group of Studies on Social Representations (Grupo de Estudos em Representações Sociais - GERES) has assembled professionals who are interested in studying the social representations theory as well as in conducting, discussing, analysing research and exchanging experiences, disseminating the produced knowledge. GERES has enabled

¹ Texto apresentado na Mesa Redonda “Políticas práticas profissionais em saúde e representações sociais”.

² Professora Titular da EERP/USP – furegato@eerp.usp.br

³ Professora Doutora na UFSC – ogata@power.ufscar.br

⁴ Professora Associada na UFS – mjvieira@infonet.com.br

mulado o estudo e o desenvolvimento de pesquisas em representações sociais. Reunindo as dissertações e teses que se qualificam como estudos em representações sociais, produzidos por enfermeiros, nos últimos cinco anos, nos propusemos a efetuar uma análise retrospectiva, contemplando, o problema que gerou a pesquisa, a teoria de suporte da temática, as questões, metodológicas e os tipos de análises realizadas. Os resultados, focalizando as fragilidades temáticas e metodológicas assim, como sua contribuição para as práticas em saúde, são o objeto da discussão e das reflexões deste estudo.

Palavras-chave: enfermagem; saúde mental; representações sociais.

the exchange with specialists and encouraged the study and development of research on social representations. By collecting dissertations and theses classified as studies on social representations and produced in the last five years by nurses, we proposed a retrospective analysis contemplating the problem that has generated the research, the theory supporting the theme, methodological questions and the types of analyses that have been conducted. The results - focused on the thematic and methodological weaknesses as well as their contribution to nursing practices - are the object of discussion and reflections in this study.

Keywords: nursing; mental health; social representations.

Introdução

A compreensão e as maneiras de ver a saúde e a doença, a partir dos sentimentos, crenças e valores, são representações que o homem tem de si mesmo e dos males que o acometem. A estruturação dos saberes que embasam os modos de lidar, tanto nas formas de promover a saúde, quanto na prevenção e tratamento de doenças, ocorre no mesmo processo em que vai acontecendo a organização dos modos de produção e reprodução biológica e social. Nestes espaços, é onde esses saberes se concretizam.

Birman (1991) diz que a saúde está na ordem do simbólico e da significação onde o simbólico mostra-se tão concreto quanto os distúrbios do corpo. Diz também que, pelo fato do homem ser um ser simbólico,

ele poderá desenhar em sua mente significados e sentidos de acordo com os códigos culturais e suas relações sociais. Isso poderá alterar seu funcionamento biológico, psicológico, emocional e afetivo.

...o real (sobre saúde) é desenhado pelas redes de sentidos inscritos na ordem simbólica, de forma que os diferentes objetos constitutivos da realidade se ordenam enquanto tal pela operação de simbolizações, instaurando a experiência do mundo como substancial ao registro da significação (BIRMAN, 1991, p. 8).

O processo de construção das representações da saúde e da doença tem lugar no aqui e agora do mundo vivido, mas também encontra suas determinações na história da sociedade. Na interface entre as permanências culturais, inscritas no imaginário social, e as produções que emergem do cotidiano inscrevem-se e circulam as representações sociais. Estas são estruturas cognitivo-afetivas, socialmente elaboradas e compartilhadas que contribuem para a construção de uma realidade comum (SPINK, 1994).

Ao buscar a representação de saúde e de doença nos diferentes grupos sociais, podem ser encontradas diversas compreensões. Entende-se que as experiências, tradições, mitos, imposições e limitações que se situam nos diferentes contextos sociais refletem-se na cultura dos grupos e no jeito de ser de cada indivíduo. Essa representação delinea-se pelo seu universo simbólico, ou seja, pelas representações sobre os diversos acontecimentos da vida (OGATA, 2000).

A representação social da doença é construída a partir da experiência da enfermidade, que se traduz em expressões diretas de sofrimento. Essas expressões necessitam ser organizadas em uma totalidade dotada de sentido, dando a ela significados.

...a enfermidade existe quando se atribui a uma dada experiência sensível um conjunto de significados. Nesse aspecto, enfermidade não é um fato, mas interpretação e julgamento de um conjunto de informações heterogêneas vindas do corpo humano (ALVES et. al., 1996, p. 57).

A utilização da Teoria das Representações Sociais no estudo das concepções de saúde e doença possibilita identificar que os conteúdos do cotidiano orientam o comportamento social e o pensamento dos sujeitos nas práticas diárias de saúde, sendo que grande parte do seu conteúdo depende do pensamento já conhecido.

Nesse sentido, os estudos de Herzlich (1991) sobre os doentes, contemplam essa perspectiva, ou seja, de estudar as representações de saúde e de doença a partir de modelos não médicos. Toda a sociedade tem um discurso sobre a doença que depende de um conjunto de construções mentais. Através dele pode-se chegar a concepções, valores e relações de sentido.

Por meio da saúde e da doença, temos portanto acesso à imagem da sociedade, de suas imposições, tais como o indivíduo as vive. Englobada nesta imagem a doença adquire uma significação (HERZLICH, 1991, p. 26).

Assim, 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.

Herzlich (1991) aponta eixos para conceitualização das representações sociais:

- 1) A construção de uma evidência desconhecida, mas por princípio considerada natural e ordenada por uma significação central.
- 2) A representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e estabelece relações de sentido.
- 3) Representação social pode funcionar como atributo de um grupo: ou seja, grupos sociais podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se através dela.
- 4) Há uma polifasia cognitiva, que consiste numa coexistência complexa, numa sociedade como a nossa, de discursos de origens múltiplas e funcionamentos diversos, fundindo-se, diferenciando-se ou excluindo-se, segundo as circunstâncias

O GERES – Grupo de Estudos em Representações Sociais vem, desde 1994, reunindo profissionais interessados em estudar a Teoria das Representações Sociais. Este grupo realiza, discute e analisa pesquisas assim como estimula a troca de experiências, divulgando os conhecimentos produzidos. O GERES tem propiciado o intercâmbio com especialistas e tem estimulado o estudo e o desenvolvimento de pesquisas em representações sociais.

Este trabalho tem por objetivo conhecer e analisar os trabalhos científicos gerados no GERES, a fim de traçarmos um perfil dessas produções em representações sociais na Enfermagem.

Metodologia

Realizou-se um levantamento das dissertações e teses que se qualificam como estudos em representações sociais, produzidos por enfermeiros, de alguma forma vinculados ao GERES no período de 1995 a 2000. A partir disso realizamos uma análise retrospectiva dessas produções.

Análise dos dados

Foram levantados 18 estudos destes enfermeiros que constituem importantes contribuições para a área da saúde, podendo assim ser agrupados:

A – Pesquisas com profissionais ou alunos

- Representações sociais dos enfermeiros em UTI sobre o sofrimento e o prazer no trabalho.
- Representações sociais dos enfermeiros sobre sexualidade do doente mental.
- Representações sociais do estudante sobre sua sexualidade.
- Representações sociais dos profissionais da saúde sobre saúde/doença.
- Representações sociais dos enfermeiros sobre sua profissão (imagem cultural e motivação).

B – Pesquisas com pacientes ou familiares

- Representações sociais das pacientes do Hospital Psiquiátrico sobre a loucura, a interação e a dor psíquica.
- Representações sociais das mães de prematuros sobre o aleitamento.
- Representações sociais do infartado sobre seus hábitos.

- Representações sociais dos usuários de drogas sobre sua vida.
- Representações sociais do casal sobre ter filho (RN) cardiopata.
- Representações sociais do hanseniano sobre sua doença.
- Representações sociais de jovens sobre AIDS e suas práticas sexuais.
- Representações sociais da criança com doença renal crônica sobre o ambiente hospitalar.
- Representações sociais dos portadores de epilepsia e AIDS sobre suas doenças.
- Representações sociais de mulher em comunidade rural sobre sua sexualidade.
- Representações sociais de crianças sobre a morte e o morrer.
- Representações sociais do “cuidador” de idoso com AVC sobre sua “tarefa”.
- Representações Sociais do portador de doença mental e seus familiares sobre a doença e o adoecer.

A grande maioria utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas com roteiros ou observação de campo, técnicas-projetivas, histórias de vida, estudos de casos, dados de prontuário ou oficinas didáticas.

Quase todos usam o registro com gravações, tendo ainda registros em formulários, desenhos, relatos pessoais e diários de campo.

A análise qualitativa desses 18 estudos foi em grande parte baseada em análise de conteúdo temático buscando-se valores, dimensões simbólicas, significados, percepções de causas, sentimentos subjacentes, estigmas, concepções, subjetividade, hábitos e costumes, dimensão afetiva, influências sociais, crenças e mitos, estruturação da doença no ideário, rede de relações, projetos de vida, percepções de efeito, destino e conflitos.

Para as análises quantitativas foram utilizados o Etnografh, o Alceste (Análise Léxica de Texto e Contexto em Segmentos de Textos) e AFC (Análise Fatorial de Correspondência).

Das análises verificam-se representações sociais em transformação cujos conceitos dominantes sustentam as normas de conduta. Observa-se também claro distanciamento entre teoria e prática.

Nos estudos cujos sujeitos eram profissionais da área da saúde evidenciam-se:

- atitudes de incompreensão frente à realidade vivenciada e os conceitos que esperavam dominar a circunstância;
- a reprodução, no contexto institucional, daqueles conceitos e atitudes com os quais, em princípio, o profissional não compartilha;
- a identificação de seus desejos correspondendo ao que lhes é cobrado socialmente, garantindo-lhes proteção e segurança;
- as dificuldades de ultrapassar posições tais como trabalhar para manter a doença e não a sua prevenção como objeto do cuidado;
- a ideologia caritativa, com lucros para manutenção do poder, em detrimento do humanismo, da intersubjetividade e da interdisciplinaridade.

Nos estudos com pacientes e familiares destacam-se:

- a identificação de teorias elaboradas pelos portadores de doença mental que dão suporte para a existência das pessoas institucionalizadas e isoladas sem outras possibilidades de convívio social;
- a concepção do leite materno como defensor da vida da criança, sugando a vida da mãe;
- o intenso medo da morte e a descrença nos profissionais da saúde quanto ao seu poder de cura e alívio de sofrimento;
- a desmistificação da felicidade pela vinda de um recém-nascido doente e as influências das famílias de origem determinando condutas frente à crise;
- as estratégias defensivas de reelaboração de sua identidade após morte simbólica pela presença da hanseníase;
- desconstrução do conceito de grupos de risco (AIDS), desconfiança geral e reconstrução do conceito de sexo seguro;
- a visão da criança de que o hospital é uma prisão, tendo tratamento pouco respeitoso, em contraste com o discurso dominante de que todos devem ser atendidos mesmo sem condições humanas e materiais;
- doenças ancoradas em crenças materialistas e sobrenaturais por serem incuráveis e temíveis, em contraste com a luta pela vida e contra a exclusão social;
- mulheres que expressam sua sexualidade, com pequenas variações no tempo longo, e o núcleo dos aspectos pessoais sentido como único e diferente;
- o cuidador, abdicando de sua vida para se dedicar ao cuidado do outro – um papel determinado pela circunstância e aceito como missão ou destino;

- o doente mental, vítima de uma fatalidade, inferiorizado, medroso, ancorando sua conduta no temor da incapacidade: sentimentos legitimados pelos familiares e pelo sistema de saúde.

O senso comum expressa o modo de vida desses grupos. Os conceitos definidos, com base no conhecimento anterior que os relacionaria com o novo, estabelecem a interconexão com uma teoria de base.

Alguns fatos históricos, focalizados por Ogata (2000), ajudam a localizar a busca científica e a compreender os achados dos estudos dos enfermeiros do GERES.

No início deste século, a saúde pública e a psiquiatria uniram suas forças para sanearem a cidade do Rio de Janeiro, ajudando a remover a imundície, os cortiços, a desordem e os maltrapilhos com atitudes autoritárias.

Até a 2ª guerra mundial, no período higienista, a psiquiatria podia ser classificada como moral. Aos poucos, disseminou-se a criação de instituições de saúde que, em nome de se ocupar da doença, ampliaram seus limites e seu raio de ação.

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira iniciou-se no final da década de 70 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, responsável pela reformulação teórica e pela organização de novas práticas, havendo três momentos marcantes nesta trajetória:

- A fase alternativa que se iniciou com críticas ao sistema, na década de 70.
- A fase sanitarista que representa a incorporação da reforma sanitária que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde. Este ciclo se encerrou com a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (1990).
- A fase da desinstitucionalização/desconstrução/invenção que passou a penetrar no cotidiano das instituições buscando espaços em direção às pessoas, à ética e à inter-subjetividade.

As questões da saúde mental vem passando por inúmeros fóruns, articulando tanto os setores profissionais e os políticos além de entidades não governamentais, ampliando seu campo de conhecimento e suas práticas.

Começam a se perceber mudanças efetivas da sociedade em relação à loucura, em relação aos excluídos, buscando-se caminhos mais

éticos. Entretanto, essas transformações nem sempre passam pela modernização dos aparatos, mas passam pelas relações entre os sujeitos.

As reformas psiquiátrica e sanitária têm caráter de legitimidade, fazem parte do discurso, porém não atingem totalmente os profissionais que executam as ações de saúde, nem a própria população a que se destinam os benefícios.

A saúde e os setores lucrativos ressentem-se da lógica das relações entre os sujeitos definindo ações de saúde e o próprio sistema. O setor público, perpetrado por interesses clientelistas perde seu objetivo maior. Dessa forma e estando a saúde no eixo da produção de cura, dificulta a inserção de práticas inovadoras, na busca de um projeto terapêutico coletivo.

O objetivo hoje é conseguir a descentralização do poder, o processamento participativo de problemas e soluções e o compromisso entre trabalhadores e usuários. Espera-se construir diálogos interdisciplinares e superar os efeitos negativos da fragmentação. O saber cresce e se fragmenta. Quanto mais se fragmenta mais se distancia de seu objeto de ação. Há necessidade de intervenções concretas, como abordagem integradora, com planejamento estratégico, repensando seus papéis.

Entretanto, o “saber fazer” nas novas propostas está distante da efetividade, tendo em vista a dificuldade de transposição de conhecimentos e experiências.

As representações sociais como teorias práticas alimentam-se e são produzidas na interdependência entre sujeito/objeto/interação social.

Considerações finais

Se nosso modelo social baseia-se no Estado como mediador da lei, a figura do governante incorpora a lei, o saber e o poder. Esta relação se repete em todas as esferas institucionais. Daí derivam muitas contradições evidenciadas no campo da saúde mental.

Para Santos (1995), os desafios das sociedades contemporâneas entrelaçam problemas nacionais e transnacionais. Este autor refere-se a três tipos de crises atuais:

- Crise de hegemonia – pela incapacidade de desempenhar funções contraditórias, os atingidos procuram meios alternativos.

- Crise de legitimidade – pela falência dos objetivos coletivamente assumidos deixa de ser consensualmente aceita.
- Crise institucional – sua especificidade organizacional é questionada, sendo propostos modelos alternativos mais eficientes.

Vivemos uma certa reemergência da sociedade civil, baseada em valores do auto governo, de expansão da subjetividade, das ações comunitárias e da organização autônoma de interesses e modos de vida. Entretanto, isto é omitido no discurso dominante ou apenas mencionado quando corresponde a algum tipo de interesse dominante (SANTOS, 1995).

Nesta situação, encaixam-se diferentes estudos de enfermeiros sobre saúde e doença, organização de serviços, ética profissional, recursos humanos, atendimento a grupos de risco, reordenação do sistema de saúde. Evidenciam-se também a indignação e inúmeros questionamentos ao final dos estudos por se perceberem as transformações que estão ocorrendo no seio dos grupos investigados (nas concepções e propostas) e as barreiras para sua afirmação, para sua implantação.

Tomando por base o texto de Rouquette (1998), lembramos que as relações entre práticas e representações sociais alcançam destaque visto que as representações sociais estão ligadas às comunicações, à pragmática e à ação.

Sabemos que há profunda interação entre práticas x representações sociais. A mudança das práticas e das representações estão relacionadas à história e não apenas à ação de variáveis descontextualizadas. É importante olhar para o fato, para o objeto no seu contexto e considerar sua evolução. Assim, vislumbram-se duas posições discutidas por Rouquette (1998) que podem facilitar a compreensão dos dados encontrados nos estudos aqui focalizados.

• O que faço depende do que penso, do que crio, do que calculo. Cada ato está inserido na cultura que determina os limites da minha “liberdade” de decisão. Eu me aproprio das representações de que sou portador achando que me sinto dono da decisão que tomo. Assim, as representações sociais penetram nas práticas através da condição de coerção variável, explicando as condutas.

• O que penso depende do que faço. Não escolhi fazer o que faço. Existem instituições das quais não posso fugir as quais determinam como

me conduzir como cidadão, servidor, aluno, professor ou enfermeiro. Muitas condutas são extintas por diferentes tipos de pressão. Os efeitos dos meus atos implicam em conseqüências. O redirecionamento da representação social situa-se, portanto, depois da ação.

Depreende-se portanto, que as representações sociais são condições das práticas e as práticas são agentes de transformação das representações.

As representações sociais definem possíveis condições da ação mas não as impõem. Os desacordos encontrados nos estudos realizados pelos enfermeiros parecem levar ao reajuste das representações sociais. Isto fala a favor de que as práticas são agentes de transformação das representações sociais e não o seu inverso.

A saúde mental é marcada por muitos caminhos. É preciso reinseri-la no âmbito da saúde social e conduzir à discussão da subjetividade como expressão das diferenças de manifestações culturais, sempre sujeitas à revisão e transformação.

Para Almeida, Coelho e Peres (1999), o conceito de saúde se torna necessariamente objeto de uma perspectiva transdisciplinar e o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política.

Referências bibliográficas

ALMEIDA F.^o, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. *Revista USP*, n. 22, p.100-125, 1999.

ALVES, A. R.; SOUSA, A. M. A.; OLIVEIRA, V. L. M., SILVA, Y. F. Saúde e doença: uma abordagem sócio-cultural. In: SILVA, Y. F., FRANCO, M. C. (orgs). *Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

BIRMAN, J.; ALVES, A. R.; SOUSA, A. M. A.; OLIVEIRA, V. L. M., SILVA, Y. F. Interpretação e representação na saúde coletiva. *Physis – Rev. Saúde Coletiva*, v.1, n.2, p.7-22, 1991.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis – Rev. de Saúde Coletiva*, v.1, n.2, 1991.

OGATA, M. N. *Concepções de saúde e doença: estudo das representações sociais de profissionais da saúde*. 2000. ? f. Tese (Doutorado na EERP). Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROUQUETE, M. L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A. S. P. & OLIVEIRA, A. D. C. (Org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1994.